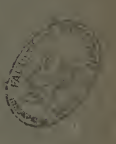
TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur LEFÈVRE



BORDEAUX
IMPRIMERIE A. SAUGNAC & E. DROUILLARD
3, PLACE DE LA VICTOIRE, 3

1920

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur LEFÈVRE



BORDEAUX
IMPRIMERIE A. SAUGNAC & E. DROUILLARD
3, PLACE DE LA VICTOIRE, 3
—
1920



TITRES ET FONCTIONS

SERVICE DANS LES HOPITAUX

Externe des Hôpitaux de Bordeaux (1er de la promotion 1901).

Interne provisoire (1902).

Interne des Hôpitaux de Bordeaux (1er de la promotion) (1903-1907).

Médecin résidant a l'Hôpital Saint-André de Bordeaux (1907-1908).

Chirurgien des Hôpitaux de Bordeaux (1912).

FONCTIONS UNIVERSITAIRES

Prosecteur a la Faculté de Médecine de Bordeaux (1905-1908).

Chef de clinique gynécologique (1908-1911).

ENSEIGNEMENT A LA FACULTÉ

(comme prosecteur)

Conférences d'anatomie
(semestre d'hiver 1905-1906, 1906-1907, 1907-1908).

Conférences et travaux pratiques d'anatomie topographique
(semestre d'hiver 1905-1906, 1906-1907).

Travaux pratiques d'anatomie
(hiver 1905-1906, 1906-1907, 1907-1908).

*

Conférences faites aux médecins américains (été 1919) (conférences de pathologie externe).

Conférences de pathologie chirurgicale générale (dans le service du Prof^r^ Chavannaz) (hiver 1919-1920).

RÉCOMPENSES ET DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Lauréat de la Faculté de Médecine de Bordeaux
Concours de fin d'année (1er prix, 1901).

Prix de la ville de Bordeaux (chirurgie) (1er prix, 1905).

Prix de la ville de Bordeaux (médecine) (1er prix, 1905).

Prix Godard des thèses (médaille de bronze) (1907).

Lauréat des Hôpitaux

Prix de l'internat (concours de la médaille d'or) (1er prix, 1906).

Récompenses administratives.
Médaille d'argent, 1904.
Médaille de bronze, 1905.
Médaille d'argent, 1907.

Membre de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux (lauréat de cette société, 1er prix, 1906).

Membre de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Bordeaux.

Membre de l'Association française de chirurgie.

TITRES MILITAIRES

Rappelé à l'activité, Médecin aide-major de 1re cl. (2 août 1914).
Affecté ambulance 5/18 aux armées.
Évacué sur Hôpital de Moulins (13 décembre 1914).
Convalescence de trois mois (23 décembre 1914).

Affecté Hôpital du Bouscat (23 mars 1915).

Affecté à La Rochelle, Chirurgien de place (23 juin 1915).

Promu Médecin-major de 2me classe (1er janvier 1916).

Nommé Chirurgien chef, IVme sect., 18me rég. (15 mai 1916).

R. P. S. 3me Armée, Le Bourget (3 novembre 1916).

Ambulance Anglo-French (8 novembre 1916).

H. O. E. 37/2 (10 mars 1917).

Chirurgien consultant du C. H. O. E. et du Centre hospitalier de Noyon (juillet 1917).

Chirurgien chef Ambulance automobile chirurgicale nº 38 (juillet 1918).

Affecté H. C. 35, 18me région, Bordeaux (22 janvier 1919).

Hôpital 34, à Talence (9 septembre 1919).

Mis en congé illimité (24 octobre 1919).

Rappelé en stage H. C. 34, Talence (25 octobre 1919).

Stage terminé, libéré (10 janvier 1920).

Campagne contre l'Allemagne : 2 août 1914 au 24 octobre 1919.

Citation O. S. S. Nº 146 (18 janvier 1918).

LISTE CHRONOLOGIQUE DES PUBLICATIONS

1903-1904

Papillome de la vulve en voie de dégénérescence épithéliomatheuse. *Soc. d'anatomie de Bordeaux*, 1903.

Trompe avec grossesse extra-utérine. *J. de médecine de Bordeaux,* 27 mars 1904.

Kyste volumineux du rein droit. *Soc. d'anatomie de Bordeaux,* 2 décembre 1904.

1905

Parotidite à répétition. *Soc. de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 16 décembre 1904.

Parotidite double par intoxication iodique retardée (en collaboration avec le Dr Cassaët). *Gaz. hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 1905, p. 21.

De la possibilité de la ponction postérieure dans les épanchements du péricarde (en collaboration avec le Professeur Cassaët). *Gaz. hebdomadaire des Sciences médicales,* 12 février 1905; *Soc. de médecine et de chirurgie de Bordeaux,* 1905.

1906

Ostéosarcome de l'humérus. *J. de médecine de Bordeaux,* 1906; *Soc. d'anatomie de Bordeaux*, 22 janvier 1906.

Arthrite traumatique du coude guérie par la méthode de Bier. *J. de médecine de Bordeaux,* 1906; *Soc. d'anatomie de Bordeaux,* 9 avril 1906.

Sur un cas de luxation ancienne de l'épaule avec néarthrose. *Soc. d'anatomie de Bordeaux*, 23 avril 1906.

Cancer primitif de l'urèthre. *J. de médecine de Bordeaux*, mai 1906.

Tuberculose du tarse avec trajets fistuleux. Guérison par la méthode de Bier. *J. de médecine de Bordeaux*, mai 1906.

Calcul du rein sans hématurie et visible à la radiographie. *Soc. d'anatomie de Bordeaux*, 14 mai 1906.

Retard de consolidation d'une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus traitée avec succès par l'hyperhémie veineuse. *Soc. d'anatomie de Bordeaux*, 23 avril 1906.

Ostéome du fascia lata. *J. de médecine de Bordeaux*, 1906; *Soc. d'anatomie de Bordeaux*, 2 juillet 1906.

Présentation d'un malade atteint d'ostéosaroome du fémur. *Soc. d'anatomie de Bordeaux*, 2 juillet 1906.

Présentation d'un malade atteint de Pellagre. *Soc. d'anatomie de Bordeaux*, 9 juillet 1906.

1907

Fibrome intersticiel de la paroi postérieure de l'utérus atteint de sphacèle putride (en collaboration avec le Profes^r^ Boursier). *Soc. de gynécologie et d'obstétrique*, 8 janvier 1907.

Ganglions lymphatiques dorsaux. *Soc. d'anatomie de Bordeaux*, 1907, p. 199.

Fibromes de la paroi antérieure de l'utérus avec troubles urinaires. *J. de médecine de Bordeaux*, 1907; *Soc. d'anatomie de Bordeaux*, 4 février 1907.

Ganglions lymphatiques dorsaux, deux cas nouveaux. *Soc. d'anatomie de Bordeaux*, 4 février 1907.

Ligne opératoire pour la découverte du nerf radial à sa sortie de la gouttière de torsion et au-dessous du milieu du bras. *J. de médecine de Bordeaux*, 1907.

Fibrome interstitiel de la paroi postérieure de l'utérus atteint de sphacèle. *Soc. d'obstétrique et de gynécologie*, 12 décembre 1907.

Disposition anormale de l'appareil iléo-cæcal et du mésentère. *Soc. d'anatomie de Bordeaux,* 15 avril 1907.

La méthode de Bier dans la tuberculose, les inflammations, les arthrites traumatiques et les fractures. Mémoire pour le concours de la médaille d'or 1906. Thèse de doctorat 1907 (prix Godard des thèses : médaille de bronze).

1908

Hernie traumatique sous-cutanée étranglée de l'intestin grêle. *J. de médecine de Bordeaux,* 1908, p. 378

Lésions des artères dans les plaies par arrachement. *J. de médecine de Bordeaux,* 1908; *Soc. d'anatomie de Bordeaux,* 17 février 1908.

Plaie du foie par instrument tranchant. Suture du foie. Guérison. *Soc. d'anatomie de Bordeaux,* 24 fevrier 1908.

Fistule du canal de Sténon (procédé opératoire modifié). *Soc. d'anatomie de Bordeaux,* 16 mars 1908; *J. de médecine de Bordeaux,* 1908.

Corps étranger des voies digestives extrait au niveau de la région carotidienne cinq ans après sa déglutition. *Soc. d'anatomie de Bordeaux,* 9 mars 1908.

Hernie inguinale enkystée de la grande lèvre, pincement latéral. *J. de médecine de Bordeaux,* 1908.

Sur la substitution en chirurgie des fils métalliques « carcasse » aux crins de Florence (en collaboration avec le Dr Lemaire). *J. de médecine de Bordeaux,* 1908; *Soc. d'anatomie de Bordeaux,* 18 mai 1908.

Abcès du cerveau. Trépanation. *Soc. d'anatomie de Bordeaux,* 24 août 1908.

Mal de Pott postérieur. Trajet fistuleux. Extirpation d'un fragment nécrosé d'apophyse transverse cervicale. *In* thèse Coyola, Bordeaux, 1908.

Grossesse extra-utérine rompue. Inondation péritonéale. Laparotomie. Guérison. *Soc. de gynécologie et d'obstétrique de Bordeaux,* octobre 1908.

Épididymite tuberculeuse fistuleuse traitée par la méthode de Bier. *Soc. d'anatomie de Bordeaux,* 23 mars 1908.

1910

Utérus bicorne. *Soc. de gynécologie et d'obstétrique de Bordeaux, J. de médecine de Bordeaux,* 27 février 1910.

Amputation spontanée de l'appendice. *Soc. d'anatomie de Bordeaux,* 13 mars 1910.

Syphilis du deuxième métacarpien. *Soc. anatomique de Bordeaux,* mars 1910.

Sur deux cas de perforation d'ulcères de l'estomac et du duodénum. *Soc. de médecine et de chirurgie de Bordeaux,* 18 mars 1910.

Tumeur cérébrale, craniectomie (Présentation de la malade). *Soc. de médecine et de chirurgie de Bordeaux,* 8 avril 1910.

Luxation interne de l'index sur son métacarpien. *Soc. d'anatomie de Bordeaux,* 1910.

Considérations sur une statistique personnelle de cinquante hernies étranglées. *J. de médecine de Bordeaux,* 29 mai 1910.

Fracture longitudinale par arrachement du deuxième métacarpien droit. *J. de médecine de Bordeaux,* 4 juin 1910.

Sur un cas de luxation interne de l'index sur son métacarpien. *Progrès médical,* nº 24, 11 juin 1910.

Lipome périostique de la pulpe de l'index. *Soc. d'anatomie de Bordeaux,* 9 mai 1910.

1911

Cancer de l'urèthre. *In* thèse Laborde, Bordeaux, 1911.

Corps étranger de l'urèthre (en collaboration avec le Professeur Chavannaz). *Soc. de médecine et de chirurgie de Bordeaux,* 21 juillet 1911.

Fibrome interstitiel de l'utérus (Note sur la vascularisation) (en collaboration avec le Professeur Chavannaz). *Soc. de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 21 juillet 1911.

Fibrome interstitiel de l'utérus (en collaboration avec le Prof[r] Chavannaz et le D[r] Nadal). *Soc. de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, novembre 1911.

1912

Néphrectomie partielle pour rein polykystique (en collaboration avec le Prof[r] Chavannaz). *Bulletins et mémoires de la Soc. de chirurgie de Paris*, 14 février 1912; in *J. de médecine de Bordeaux*, 31 mars 1912 (p. 197, 200).

Estomac biloculaire et ulcère en évolution. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique. Résultat fonctionnel excellent. Guérison maintenue au bout de sept mois. *Soc. de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, décembre 1912; *Gaz. hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 12 janvier 1913.

Tumeur pédiculée de la vessie faisant hernie à la vulve à travers l'urètre dilaté. Sphacèle de la tumeur. Ablation par les voies naturelles. Guérison. *Soc. de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, décembre 1912; *Gaz. hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 26 janvier 1913.

De la toxicité des liquides des kystes ovariques à pédicule tordu (Étude expérimentale et déductions cliniques). *La Gynécologie*, décembre 1912.

1913

Kyste tuberculeux suppuré de l'ovaire (en collaboration avec le D[r] Loubat). *Soc. d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie*, février 1913.

Sur l'autoplastie de la région génienne (en collaboration avec le Prof[r] Chavannaz). *Soc. de Chirurgie de Paris*, 5 février 1913.

Sur l'autoplastie de la région génienne (Étude expérimentale). *Archives générales de chirurgie*, février 1913.

Ulcère simple perforant de la vessie. *J. d'urologie*, janvier 1913.

Occlusion intestinale par rétrodéviation d'un utérus normal. *J. de médecine de Bordeaux*, 23 mars 1913.

Le lipome arborescent (synovite chronique polypiforme fibro-adipeuse) (en collaboration avec M. Dubourg, interne des hôpitaux de Bordeaux), *Archives générales de chirurgie*, mars 1913, avril 1913, mai 1913.

Contribution à l'étude des kystes de la région clitoridienne (en collaboration avec le Dr Loubat). *Paris médical*, 1er mai 1913.

1914-1920

Fracture itérative de la clavicule (en collaboration avec le Dr Gaignerot). *Société anatomo-clinique de Bordeaux*, 30 mars 1914; *Gaz. hebdomadaire des sciences médicales*, n° 16, 19 avril 1914.

Invagination intestinale haute. *Société anatomo-clinique de Bordeaux*, 4 mai 1914; *Gaz. hebdomadaire des sciences médicales*, n° 20, 17 mai 1914.

Extraction immédiate des corps étrangers du poumon. *Soc. de chirurgie de Paris*, 18 avril 1917 (rapport de P. Duval); in *Plaies de guerre du poumon* (par P. Duval), 1917, p. 133-136, planche III.

A propos du traitement chirurgical immédiat des plaies de guerre du poumon. Deux observations d'hémostase directe (rapport de P. Duval). *Soc. de chirurgie de Paris*, 13 juin 1917.

A propos du traitement chirurgical immédiat des plaies de guerre du poumon. *Soc. de chir. de Paris*, 11 juillet 1917.

Rupture traumatique de la rate. Splénectomie. Guérison. *Réunion médico-chirurgicale de la IIIe armée*, 13 septembre 1917; *Presse médicale*, n° 59, 22 avril 1918, p. 613-614.

Considérations sur un cas d'ulcère perforé de l'estomac. *Réunion médico-chirurgicale de la III[e] armée*, octobre 1917.

Éclat d'obus enlevé de la tête humérale par voie transarticulaire. Réparation de la perte de substance ostéo-cartilagineuse par une greffe du cartilage costal. *Réunion médiço-chirurgicale de la III[e] armée*, octobre 1917.

Sur un cas de plaie du bulbe carotidien par balle traité par la ligature de la carotide primitive et l'anastomose bout à bout de la carotide externe avec la carotide interne. *Soc. de chir. de Paris,* 22 mai 1918; *Bulletins,* t. XLIV, p. 923-938 et *Journal de chir.,* t. XV, n° 7, p. 49.

Quatre cas d'anévrismes artério-veineux traités par l'extirpation totale. *Soc. de chir. de Paris,* 13 novembre 1918.

A propos de trois cas de sutures vasculaires. *Soc. de chir. de Paris,* 13 novembre 1918.

A propos d'un cas d'inhibition artérielle de l'artère fémorale. *Soc. de chir. de Paris,* 13 novembre 1918.

Éclat d'obus de la cavité abdominale enlevé secondairement. *Soc. de chir. de Paris,* 27 novembre 1918.

Résultat fonctionnel de deux résections du coude. *Soc. de chir. de Paris,* 28 novembre 1915.

Résultats obtenus en traitanf les plaies de guerre sans l'adjuvant d'aucun antiseptique. *Soc. de chir. de Paris,* ·4 décembre 1918 ; *Bulletins et Mémoircs,* T̂. XLIX, t. II, p. 1853-1855.

Volumineuse hernie traumatique intestino-épiploïque avec perte de substance de la paroi abdominale et du rebord thoracique. Obturation par une plaque de caoutchouc. *Soc. de chir. de Paris,* 4 décembre 1918; *Bulletins et Mémoires*, T. II XLIX, p. 1955-1857.

Un cas de réanimation du cœur par le massage par voie transthoracique. *Soc. de chir. de Paris,* 14 déc. 1918; *Bulletins et Mémoires,* T. XLIX, p. 1942-1951 ; *Journal de chir.* T. XV, n° 3, p. 305-307.

Sur le traitement des cavités osseuses suite d'ostéomyélite traumatique. *Rev. de chir.*, janvier-février 1919, p. 140-175.

Trois résections pour doigts ankylosés. *J. de médecine de Bordeaux*, 25 janvier 1919.

Pancréatite hémorragique. Drainage au travers de l'épiploon gastro-hépatique. Guérison. *Soc. de chir. de Paris*, 30 juillet 1919 ; *Bulletins et Mémoires*, T. XLV, p. 1239-1241.

Luxation en arrière de la phalangine du médius. *Soc. anatomo-clinique de Bordeaux*, 1er décembre 1919.

Luxation dorsale radiocarpienne avec fracture du radius et arrachement de l'apophyse styloïde du cubitus. *Soc. anatomo-clinique de Bordeaux*, 15 décembre 1919 ; et *J. de médecine de Bordeaux*, 10 mars 1920.

Volumineuse tumeur inflammatoire de l'estomac gastro-entérostomie. Disparition de la pseudo-tumeur. *Soc. anatomo-clinique de Bordeaux*, 24 décembre 1919.

Coxa vara double de l'adolescence. *Soc. anatomo-clinique de Bordeaux*, 22 décembre 1919.

Sur un cas d'hypertrophie mammaire unilatérale chez un homme. *Soc. anatomo-clinique de Bordeaux*.

Luxation et déchirure d'un cartilage semi-lunaire. Arthrite chronique. Méniscectomie. Guérison. *Soc. anatomo-clinique de Bordeaux*, 15 mars 1920.

Disposition anormale du segment iléo-cœcal, deux observations. *Soc. anatomo-clinique de Bordeaux*, 18 avril 1920.

Dégénérescence néoplasique d'un ganglion dorsal situé sur l'aponévrose du trapèze. *Soc. anatomo-clinique de Bordeaux*, 18 avril 1920.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

TÊTE, COU, THORAX

Abcès du cerveau. Trépanation. *Société anatomique de Bordeaux,* 24 août 1908.

Il s'agissait d'un abcès du volume d'un abricot siégeant dans la partie antérieure du lobe temporal droit et ouvert dans le ventricule latéral. L'intervention a été pratiquée alors que le malade était dans le coma. Trépanation directe par la voie sus-auriculaire. Après l'intervention le malade sorti du coma put reconnaître sa femme. Il mourrait 48 heures après l'intervention.

Tumeur cérébrale. Trépanation. (Présentation de la malade.) *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux,* 17 avril 1910.

Petite fille de six ans présentant depuis 8 mois des signes de tumeur cérébrale, céphalée, vomissements, etc., avec apparition récente d'une hémiplégie spasmodique gauche. Hémicraniectomie droite, évacuation d'une cavité kystique intracérébrale et excision d'une petite portion de substance cérébrale noirâtre.

Sous l'influence de cette intervention palliative grande amélioration. Les vomissements ont disparu ainsi que la céphalée, la paralysie s'est légèrement améliorée (1).

(1) En septembre 1910 la petite malade est morte de cachexie, mais sans présenter le retour des anciens symptômes de compression cérébrale. Depuis juillet 1910, le lambeau ostéocutané avait été repoussé et faisait une saillie pulsatile très volumineuse.

Mal de Pott postérieur. Trajet fistuleux. Extirpation d'un fragment osseux nécrosé d'une apophyse transverse de la 3e vertèbre cervicale. Guérison. In thèse de Goyola. *Contribution à l'étude du mal de Pott postérieur*, Bordeaux, 1908.

Fistule du canal de Sténon. *Jomrnal de médecine de Bordeaux*, 1908, et *Société anatomique de Bordeaux*, 16 mars 1908.

Un espagnol ayant une plaie de la joue, on la lui suture. Trois semaines après la plaie .est cicatrisée, mais la joue présente une tumeur fluctuante du volume d'une mandarine. En un point la cicatrice cède, fistule.

L'intérêt de ce cas réside dans la rapidité de la guérison et surtout dans l'emploi d'un procédé chirurgical un peu particulier.

Anesthésie à la cocaïne, incision de six centimètres sur la ligne joignant le lobule à la narine et passant par l'orifice fistuleux.

Introduction par la bouche d'un stylet de Bowman dans le segment périphérique du canal. Impossibilité de suturer bout à bout les deux extrémités du canal ou d'aboucher le bout central à la muqueuse génienne.

Alors avec un troquart à hydrocèle, ponction en avant du masséter, par la plaie de la muqueuse buccale : dans la canule du troquart, par la bouche, j'introduis une sonde en gomme nº 12. Mais alors, au lieu de faire passer la sonde à l'extérieur comme par le procédé de Richelot, je la sectionnai, de manière que son bout périphérique fit une petite saillie dans la bouche, et que son bout central fenêtré fut placé au point déclive de la cavité prémassétérine. Pour la maintenir en place un crin placé dans l'œil de la sonde fut fixé à la joue tout à fait au point culminant de la cavité massétérine.

Excision des bords de l'orifice fistuleux, suture.

La caractéristique de ce *modus faciendi*, est la fermeture complète de la peau sur la sonde.

Il importe d'insister sur la nécessité des cathétérismes

répétés pour dilater le néo-canal une fois la sonde à demeure enlevée.

Parotidite double par intoxication iodique retardée (en collaboration avec le Dr E. Cassaët). *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1905.

Parotidite à répétition (en collaboration avec le Dr E. Cassaët). *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 15 décembre 1905.

Sur l'autoplastie de la région génienne (en collaboration avec M. le Professeur Chavannaz). *Société de chirurgie de Paris*, 5 février 1913.

Tous les livres classiques condamnent le procédé autoplastique le plus simple, qui consiste à reconstituer la joue par un lambeau pris à la région cervicale, et dont la face cruentée sera tournée vers la cavité buccale : Suppuration longtemps prolongée, rétraction fatale du lambeau et constriction des mâchoires, tels sont les reproches qu'on lui adresse.

L'un de nous a utilisé ce procédé chez deux malades après extirpation d'un épithélioma très étendu de la joue à point de départ muqueux.

Au bout de trois semaines chez les deux opérés, la face interne du lambeau paraissait recouverte en totalité d'un épithélium. Il n'y avait ni rétraction, ni gêne fonctionnelle. Ce bon état se maintenait au bout de quatre ans et demi chez un opéré, au bout de onze mois chez l'autre.

Etant donnés ces résultats cliniques, ce procédé ne mérite peut-être pas le discrédit dans lequel il est tombé.

Sur l'autoplastie de la région génienne (Étude expérimentale). *Archives générales de chirurgie*, 23 février 1913 (p. 147 à 167, 25 fig.).

Nous plaçant uniquement au point de vue pratique, nous

avons cherché à préciser le temps nécessaire à l'épithélium pour recouvrir la vaste surface cruentée du lambeau cervical qui constitue la nouvelle joue, les conditions optima pour obtenir ce résultat dans un délai minimum. C'est là une notion qui ne paraît pas encore bien nettement établie. L'animal choisi pour expérimenter a été le chien.

Les deux figures ci-contre montrent bien comment était conduite l'ablation et pratiqnée l'autoplastie (fig. 1 et 2).

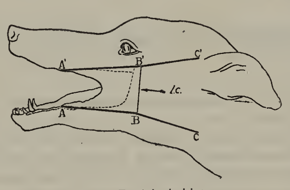


Fig. 1. — Tracé des incisions.

A' B' A B. Lambeau excisé.
B' C' B C. Lambeau autoplastique.

Vu par sa face buccale le lambeau autoplastique présentait sa face cruentée encadrée en avant par la nouvelle commissure et les parties postérieures de la face interne des lèvres,

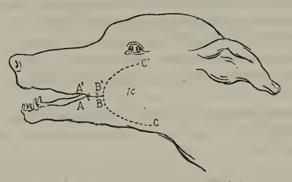


Fig. 2. — Le lambeau, l'opération terminée.

en arrière par le bord antérieur du masséter, en haut et en bas par les faces externes des maxillaires supérieur et

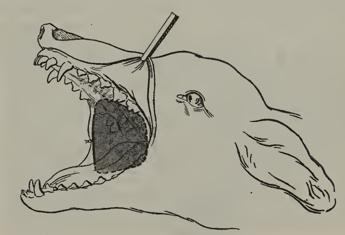


Fig. 3. — Vue interne du lambeau.

inférieur, toutes parties recouvertes de muqueuse. Ainsi donc vue par la bouche la nouvelle joue apparaissait comme un îlot cruenté entouré de toutes parts par un cercle muqueux (fig. 3).



Fig. 4. — Face interne du lambeau.

1. Zone cruentée. — 2. Branche montante du maxillaire. — 3. Liseré muqueux suturé. — 4. Greffes.

Nous avons ainsi opéré 6 chiens. Dans les trois dernières opérations, nous avons soigneusement suturé avec du fin catgut le liseré muqueux périphérique à la face interne du lambeau cervical, dans un cas même nous avons suturé à la face interne du lambeau deux greffes muqueuses (fig. 4 et 5).

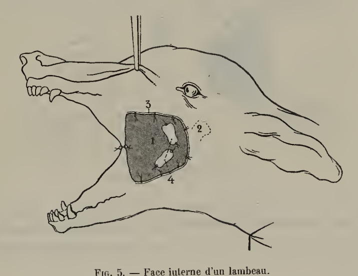


Fig. 5. — Face interne d'un lambeau.

1. Zone cruentée. — 2. Branche montante du maxillaire.
3. Liseré muqueux suturé.

Les animaux n'ont été l'objet d'aucun soin buccal post ou pré-opératoire. Nous constations dans les jours suivants les progrès de l'épidermisation. Une biopsie était pratiquée au centre du lambeau lorsque l'épidermisation paraissait complète.

Sur 6 chiens opérés nous n'avons eu qu'un seul insuccès.

Dans tous les autres cas il a fallu entre 16 et 30 jours pour assurer l'épidermisation complète du lambeau.

Les dessins ci-joints montrent les différences qui existent entre la muqueuse normale et l'épithélium néo-formé, entre le centre d'un lambeau prélevé vers le 8e jour et vers le 25e jour (fig. 6, 7 et 8).



Fig. 6. — Muqueuse normale.

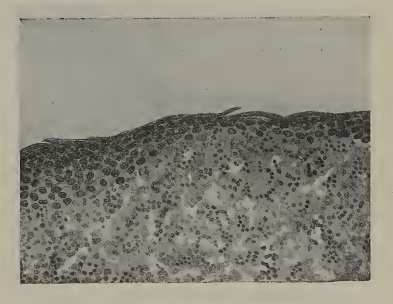


Fig. 7. — Epithélium du centre du lambeau le 9e jour.

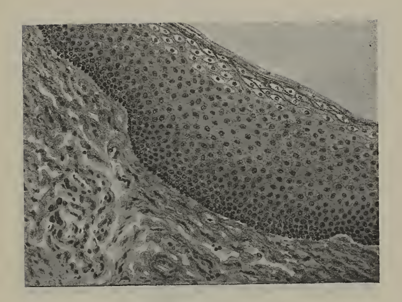


Fig. 8. — Centre du lambeau le 17e jour.



Fig. 9. — Epithélium des bords d'un lambeau vers le 27e jour.
(On voit la transition entre l'épithélium néoformé et l'épithélium normal).

Les figures 9, 10, 11 et 12 montrent la marche de l'épidermisation de la périphérie vers le centre du lambeau et le point où étaient prélevés les fragments à examiner.



Fig. 10. — Face interne d'un lambeau le jour de l'opération.

Les résultats fonctionnels et anatomiques que nous avons obtenus chez le chien ont été très bons.

Cicatrisation totale entre 16 et 30 jours; suppuration minime ou presque inexistante, pas ou peu de rétraction.

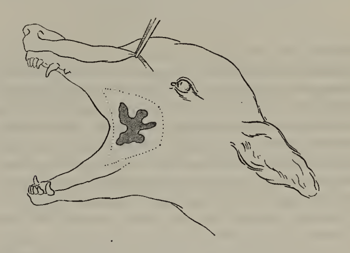


Fig. 11. — Le lambeau le 9e jour.

En dehors des facteurs ordinaires propres à favoriser la cicatrisation d'une plaie, il nous a paru que la suture des lambeaux muqueux périphériques à la face interne cruentée du lambeau cervical, hâtait l'épidermisation. *Grâce à cette suture,* la muqueuse ne se rétracte pas, elle s'accolle plus vite aux bourgeons charnus : on réduit ainsi au minimum le temps de suppuration du lambeau cervical, ses chances de rétraction : on supprime toutes communications entre la cavité buccale et les zones faciales et cervicales décollées.

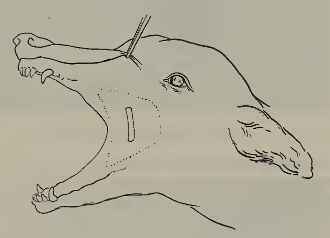


Fig. 12. — Point où a été prélevé l'épilhélium le 17e jour.

Dans le seul cas où nous l'avons tentée, le greffe de petits fragments muquenx (Obs. VI) a encore hâté l'épidermisation confirmant ainsi les essais tentés et les résultats obtenus chez l'homme par M. Forgue (in thèse Kypriotis, 1903-1904) avec des lambeaux non pas muqueux mais dermo-épidermiques.

L'épaisseur dn nouvel épithélium est suffisante pour constituer une bonne protection pour le lambeau sous-jacent. Au bout d'un mois le chien peut impunément manger des os.

Ces animaux ouvrent largement la gueule, aboient, on ne se douterait pas qu'ils ont été opérés lorsqu'on les examine au moment où les poils ont repoussé.

En résumé, résultats fonctionnels excellents, épidermisation

rapide et suffisante, suppuration minime, rétraction nulle, tels sont les résultats chez le chien.

A *priori* chez l'homme ils ne peuvent être que meilleurs : le chirurgien pouvant dicter ses volontés à son opéré, atténuer la septicité du milieu buccal, soustraire le lambeau à toute cause d'irritation par l'alimentation nasale, etc...

Et de fait dans les deux cas rapportés à la Société de chirurgie les résultats ont été excellents.

Voilà pourquoi étant donnée la concordance des résultats cliniques et expérimentaux, la restauration de la joue par un simple lambeau cervico-facial dont la face cruentée est tournée vers la cavité buccale, paraît mériter parmi les procédés de génoplastie une place meilleure que celle qui lui a été faite jusqu'ici.

La différence des résultats obtenus autrefois, s'explique sans doute par ce fait que les conditions opératoires n'étaient pas les mêmes hier et aujourd'hui.

De la possibilité de la ponction postérieure dans les épanchements du péricarde (en collaboration avec le Dr E. Cassaët). *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, 12 février 1905 et *Société de médecine et de chirurgie*, 27 janvier 1905.

Une malade présentait tous les signes d'un hydrothorax double surtout marqué à gauche. La ponction pleurale gauche retire 450 grammes de liquide séro-fibrineux. Malgré cette ponction, mêmes phénomènes asystoliques qu'auparavant. Matité précardiaque considérable, encoche de Sibson. La pointe du cœur battait à 21 centimètres de la ligne médio-sternale, à 16 centimètres de la colonne vertébrale. Ponction en arrière de la pointe à 23 centimètres du sternum. On retire 500 grammes de liquide séro-fibrineux. Après évacuation du liquide au même point, une ponction capillaire pénètre dans le myocarde.

Analyse différente des deux liquides montrant bien leur origine différente.

Suivent des considérations montrant la possibilité, et la nécessité dans certains cas, d'atteindre la péricarde par sa partie postéro-latérale, les difficultés du diagnostic avec un épanchement pleural ou la matité vraiment cardiaque, en raison du danger que ferait courir au malade une ponction intempestive dans cette dernière zone.

Corps étranger des voies digestives extrait au niveau de la région carotidienne cinq ans après sa déglutition. *Société anatomique et de physiologie de Bordeaux,* 2 mars 1908.

Un jeune garçon de 6 ans présentait une tuméfaction inflammatoire au niveau du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien.

Sur cette petite élevure rougeâtre, plusieurs fois la mère de l'enfant s'était piquée le doigt. J'appris alors qu'à l'âge de 10 mois, cet enfant avait avalé une aiguille. La pression fit surgir le corps du delit.

Ganglions lymphatiques dorsaux. *Soc. d'anatomie,* 28 janvier 1907; *J. de médecine de Bordeaux,* 1907.

Nous signalons pour la première fois l'existence de ganglions



Fig. 13. — Ganglions lymphatiques dorsaux.

lymphatiques dorsaux. Nos recherches ont porté sur 30 cadavres, nous avons trouvé ces ganglions trois fois, 10 %. On comprend facilement l'importance de leur connaissance au point de vue clinique.

Ils sont situés au niveau des angles latéraux de l'aponévrose losangique du trapèze à deux centimètres de la ligne médiane.

Leurs troncs afférents viennent de la nuque et des parties latérales du cou.

Leur troncs afférents contournent le bord postérieur de l'aisselle et viennent se jeter dans les ganglions axillaires.

Ganglions lymphatiques dorsaux : deux nouveaux cas. *Soc. d'anatomie de Bordeaux,* 4 février 1907 (1).

Sur la substitution en chirurgie des fils métalliques « carcasse » aux crins de Florence (en collaboration avec le Dr Lemaire). *J. de médecine de Bordeaux,* 1908; *Soc. anatomique de Bordeaux,* 18 mai 1908.

Sur un cas d'hypertrophie mammaire unilatérale chez un homme. *Soc. anatomo-clin. de Bordeaux,* janvier 1920.

Extraction immédiate des corps étrangers du poumon. *Soc. de chirurgie de Paris,* 18 avril 1917 (rapport de P. Duval); in *Plaies de guerre du poumon* (par P. Duval), 1917, p. 133-136, planche III.

Il s'agit d'un blessé présentant une plaie du poumon avec éclats d'obus multiples inclus. Hémorragie grave. Intervention d'urgence. Ablation des éclats du lobe supérieur du poumon et hémostase. Au 25e jour, abcès gangréneux du lobe inférieur et mort d'hémorragie foudroyante.

L'autopsie a montré la guérison anatomique du lobe pulmonaire dont le projectile a été enlevé, au contraire un abcès gangréneux avec ulcération vasculaire dû à la persistance dans le lobe inférieur d'un éclat insoupçonné.

---

(1) Autre communication sur le même sujet (Voir *Addendum*).

EXPLICATION DE LA PLANCHE CI-CONTRE.

Fig. A. — Pièce provenant d'un blessé mort 25 jours après sa blessure d'hémorragie et d'hémoptysie foudroyantes. Un projectile a été extrait du lobe supérieur au 2e jour.

CIC. Bande cicatrielle longue de 10 cm., large de 5 mm., épaisse de 2 mm., seule trace de la plaie pulmonaire d'où le projectile a été extrait.

L. S. Lobe supérieur aéré, souple, normal, recouvert seulement d'un léger épaississement pleural *(l. ép. pl.)*.

L. M. I. Lobes moyen et inférieur où un projectile méconnu a été laissé. Les lobes forment un bloc recouvert d'un très gros épaississement pleural *(gr. ép. pl.)*.

Au centre un abcès à parois sphacélées *(cav. gang.)* contenant le projectile *(proj.)* et un caillot.

Fig. B. — **Long séton du poumon.** Séton *(S)*. Infiltration hémorragique massive de tout le lobe — *l. s.*, lobe normal.

Fig. A.

projectile
cav. gang.
gr. ép. pl.
L.S
L.M.I.
cic.
l. ép. pl.
sin.
gr. ép. pl.

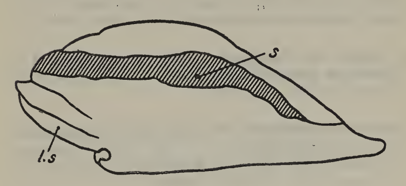


Fig. B.

Cette observation est la première permettant de décrire la cicatrisation d'une plaie du poumon par projectile d'artillerie. Elle donne un argument éclatant de faveur de la doctrine interventionniste dans les plaies du poumon.

A propos du traitement chirurgical immédiat des plaies de guerre du poumon. *Soc. de chir. de Paris,* 13 juin 1917 (rapport de P. Duval); in *Plaies de guerre du poumon,* par P. Duval, p. 40.

1° Blessé opéré à la quatrième heure, ablation de l'éclat d'obus et d'esquilles costales, suture du poumon, guérison parfaite le 21e jour. Évacuation.

2° Observation montrant que dans les cas de grande hémorragie pulmonaire, la thoracotomie avec hémostase directe est une véritable opération de sauvetage.

Blessé opéré à la onzième heure, pour un hémothorax total menaçant un homme sans pouls, tension artérielle maxima 9, minima 5, température 37,4, trois jours après l'opéré a un pouls à 96, maxima 14, minima 9.

On peut donc opérer avec succès des cas d'hémorragie pulmonaire qui semblent désespérés même lorsque la tension très basse semble contre indiquer toute intervention. Il est inutile d'attendre pour opérer que la tension soit remontée.

A propos du traitement chirurgical immédiat des plaies de guerre du poumon. *Soc. de chirurgie de Paris,* 11 juillet 1917 (deux observations).

Un cas de réanimation du cœur par le massage par voie transthoracique. *Soc. de chir. de Paris,* séance du 14 décembre 1918; *Bulletins et Mémoires de la Société,* T. XLIX, n° 37, p. 1942-1945 ; *Discussion,* 1945-1950.

Il s'agit d'un blessé chez qui j'étais intervenu pour une plaie du poumon (excision du trajet de la plaie, suture, fermeture du thorax) et qui aussitôt après l'opération (durée 12 minutes)

fut pris d'une syncope, respiratoire d'abord, cardiaque ensuite, dont aucun des moyens habituellement employés (respiration artificielle, éther, etc.) ne parvint à le tirer. Au bout de dix minutes de ces manœuvres, je rouvris la plaie de thoracotomie et, avec la main droite introduite dans le thorax je procédais au massage direct du cœur. Il fallut longtemps (plus d'une demi-heure) pétrir cet organe pour sentir enfin, après de nombreux « faux pas » les contractions reprendre leur rythme normal. Fermeture du thorax. Le blessé reprit complètement connaissance et s'enquit de la gravité de son état. Il succomba cependant au bout de 11 heures sans que l'on put savoir pourquoi : il était porteur d'une section de la moelle épinière au niveau de la 4e dorsale, et c'est peut-être cette lésion qui a entraîné la mort.

Il existe à l'heure actuelle, dans la littérature, 68 observations de massage du cœur avec 15 succès, 16 retours momentanés des contractions et 37 insuccès.

Disposition anormale de l'appareil iléo-cœcal et du mésentère. *Soc. d'anatomie de Bordeaux*, 15 avril 1907.

Ce cas fort intéressant montre l'arrêt d'évolution subi par l'appareil iléo-cœcal.

Le cœcum est situé au devant du rein droit, il se continue en entonnoir dans un appendice de 16 centimètres de long et coudé.

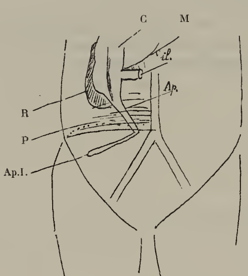


FIG. 14. — Disposition anormale du cœcum.

l, iléon ; *Ap*, appendice rétro-péritonéal ; *Ap. l*, appendice libre ; *C*, cœcum ; *M*, mésentère ; *P*, péritoine ; *R*, rein.

L'iléon se jette dans le cœcum au niveau du pédicule du rein droit, le mésentère an lieu d'être dirigé obliquement de haut en bas et de gauche à droite pour venir se terminer au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite décrit une courbe

à concavité supérieure et droite, et sa terminaison se fait au niveau du hile du rein droit.

Tout le cœcum et la première portion de l'appendice paraissent rétropéritonéaux, la seconde partie de l'appendice occupe seul la fosse iliaque, entourée de partout par le péritoine, elle semble émerger du feuillet postérieur du péritoine (1).

Amputation spontanée de l'appendice. *Soc. d'anatomie de Bordeaux*, 13 mars 1910.

Invagination intestinale haute. *Société anatomo-clinique de Bordeaux*, 4 mai 1914; *Gaz. hebdomadaire des sciences médicales*, n° 20, 17 mai 1914.

Hernie traumatique sous-cutanée étranglée de l'intestin grêle. *J. de médecine de Bordeaux*, 1908; *Soc. d'anatomie*, séance du 17 février 1908.

C'est l'observation d'une plaie pariétale pénétrante sans lésions viscérales. Elle offrait ceci de particulier, que la plaie tégumentaire siégeait au niveau de la pointe du triangle de Scarpa, alors que la plaie musculo-aponévrotique et péritonéale siégeait au-dessus de l'arcade de Fallope.

C'est cet éloignement entre la plaie des téguments et la plaie péritonéale qui a permis à l'intestin de venir se loger dans le tissu cellulaire sous-cutané, les petites dimensions et la cicatrisation rapide de la plaie cutanée ont permis à l'intestin de demeurer pour ainsi dire dans un sac aseptique.

Hernie inguinale enkystée de la grande lèvre avec pincement latéral. *J. de médecine de Bordeaux*, 1908; *Soc. anatomique et physiologique*, 9 mars 1908.

Il s'agissait d'une hernie développée dans le canal de Nuck, ce canal était oblitéré au niveau de l'orifice inguinal cutané

(1) Disposition anormale de l'appareil iléo-cœcal (deux nouveaux cas). (Voir *Addendum*.)

par un diaphragme après lequel venait une dilatation kystique.

L'intestin s'engageant dans la portion inguinale du canal avait refoulé le diaphragme au devant de lui de telle sorte que le sac herniaire se trouvait enkysté dans un kyste du canal de Nuck.

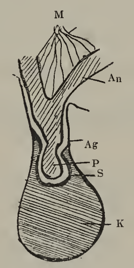


Fig. 15. — Hernie inguinale enkystée de la grande lèvre.

M, mésentère ; *An*, anse intestinale ; *Ag*, agent d'étranglement ; *l'*, pincement latéral ; *S*, sac herniaire invaginé ; *K*, kyste du canal de Nuck.

Dans ce cas, nous croyons pouvoir expliquer cette hernie par la théorie de l'invagination d'Astley Cooper. Plaident ici en faveur de cette théorie :

1° La présence d'un kyste du canal de Nuck ;

2° Un diaphragme situé au niveau du trajet inguinal de ce canal et le divisant en deux parties :

Une, fermée kystique ; l'autre ouverte dans le péritoine.

Statistiques de hernies étranglées. *J. de médecine de Bordeaux,* 28 mai 1910.

Cette statistique et les considérations développées à cette occasion reposent sur 50 cas de hernies étranglées que j'ai opérées durant l'année 1907-1908.

Dans ce mémoire, après avoir passé en revue la fréquence relative des hernies inguinales crurales ou ombilicales, suivant l'âge, le sexe, etc., nous donnons un petit tableau indiquant le contenu de la hernie, puis nous étudions la question du taxis pour le repousser systématiquement, à cause des désastres et des lésions qu'il peut produire. Suivent quelques considérations sur ces faits.

Nous donnons ensuite quelques indications sur le mode d'intervention que nous avons employé.

Les résultats sont les suivants :

Mortalité globale 8 %.

Hernies étranglées simples 5,40 %.

Hernies avec sphacèle 15,3 %.

Nos de l'observation	SEXE, AGE	DATE de l'étranglement	MANŒUVRES SUBIES	LIQUIDE DU SAC	ÉTAT DES VISCÈRES CONTENUS DANS LA HERNIE	INTERVENTION	COMPLICATIONS	RÉSULTATS
Hernies crurales étranglées.								
Obs. 1	H. 23 ans.	32 heures	Taxis énergique	Liq. hématique	Anse grêle noirâtre.	Cure radicale		Guérison
Obs. 2	H 79 —	48 —	Pas de taxis	Liquide citrin	Anse légèrement violacée. Epiploon congestionné.	Id.		Id.
Obs. 3	H. 66 —	2 jours	Taxis prolongé	Pas de liquide	Epiploon contus, noirâtre, anse noirâtre douteuse.	Id.	Entérorragie	Id.
Obs. 4	F. 44 —	28 heures	Léger taxis	Liquide séro-hématique	Anse congestionnée.	Id.		Id.
Obs. 5	F. 59 —	14 —	Pas de taxis	Liq. roussâtre	Anse violacée, épiploon adhérent.	Id.		Id.
Obs. 6	F. 51 —	12 —	Id.	Liquide citrin	Congestion de l'intestin et de l'épiploon.	Id.		Id.
Obs. 7	H. 79 —	2 jours 1/2	Id.	Liquide sanguinolent.	Congestion de l'intestin et de l'épiploon, liquide dans le péritoine.	Id.		Id.
Obs. 8	F. 42 —	21 heures	Id.	Pas de liquide	Congestion de l'intestin.	Id.		Id.
Obs. 9	F. 74 —	23 —	Taxis pendant demi-heure	Sang, caillots	Lipome préherniaire contus, sac noirâtre, intestin ecchymotique, séreuse éraillée.	Id.	Entérorragie	Id.
Obs. 10	F. 79 —	8 —	Taxis	Sang	Intestin noir mais sain, mésentère ecchymotique.	Id.		Id.
Obs. 11	F. 83 —	2 jours	Pas de taxis	Liquide louche	Intestin ecchymotique, très douteux, ascite.	Id.		Id.
Obs. 12	F. 32 —	11 heures	Id.	Liquide citrin	Congestion de l'intestin.	Id.		Id.
Obs. 13	H. 68 —	48 —	Id.	Pas de liquide	Epiploon adhérent, intestin noirâtre. Blessure de l'intestin en ouvrant le sac.	Id.		Id.
Obs. 14	F. 70 —	2 jours	Taxis prolongé	Id.	Intestin adhérent au sac, blessé à l'ouverture; intestin ridé en un point.	Id.		Id.
Obs. 15	F. 58 —	24 heures	Pas de taxis	Liquide séro-hématique.	Intestin congestionné, épiploon adhérent, volvulus dans le sac.	Id.		Id.
Obs. 16	F. 33 —	20 —	Id.	Liquide citrin	Intestin sain.	Id.		Id.
Obs. 17	F. 56 —	?	Id.	Pas de liquide	Epiploon congestionné.	Id.		Id.
Obs. 18	F. 70 —	3 jours	Id.	Liquide séro-hématique	Epiploon et intestin noirâtres.	Id.		Id.
Hernies crurales avec sphacèle de l'intestin.								
Obs. 19	F. 48 —	6 jours	Pas de taxis	Liquide sanieux-hématique	Gaz fétides, intestin sphacélé et perforé, mésentère épaissi, lardacé, friable.	Entérectomie : 32 cm Anastomose latéro-laterale, drainage.		Guérison
Obs. 20	F. 63 —	12 —	Id.	Pus et matières	Phlegmon pyo-stercoral. Péritonite généralisée.	Incision, anus, drainage		Mort
Obs. 21	F. 52 —	32 heures	2 séances de taxis	Liq. rougeâtre louche	Anse noire dépolie, flasque et ridée; au collet deux bagues de séreuse; mésentère infiltré et friable; liquide séro-hématique en grande quantité dans le ventre.	Entérectomie : 55 cm. Anastomose latéro-latérale, drainage.		Guérison
Obs. 22	F. 64 —	4 jours	Pas de taxis	Rougeâtre sanieux, matières fécales.	Anse verte, intestin criblé de trous et séparé sur deux centimètres de son masentère épaissi et lardacé. Epiploon sphacélé.	Entérectomie : 45 cm. Anastomose latero-latérale, drainage.		Id.
Obs. 23	H. 48 —	3 —	Id.	Liquide sanglant	Intestin noir mais luisant; au collet de chaque côté bague de séreuse verdâtre en un point sur le sillon du bout afférent.	Enfouissement circulaire, greffe épiphoïque.		Id.
Obs. 24	F. 51 —	6 —	Id.	Roussâtre, matières	Anse perforée, verte, complètement sectionnée au collet du côté du bout afférent.	Entérectomie : 30 cm. Entéro - anastomose latéro-latérale.		Mort
Obs. 25	F. 56 —	3 —	Id.	Liquide sanieux	Epiploon noirâtre avec plaques sphacéliques, anse grêle couverte de fausses membranes.	Enfouissement		Guérison
Hernies inguinales étranglées.								
Obs. 26	H. 65 ans.	5 jours	40 min. de taxis	Sanguinolent	Intestin et épiploon ecchymotiques, fausses membranes.	Cure radicale	Pneumonie double	Mort
Obs. 27	H. 62 —	1 —	Taxis léger	Rougeâtre	Congestion.	Id.		Guérison
Obs. 28	H. 58 —	12 heures	2 séances de taxis de 45 m. chacune	Sang, caillots	Intestin noir, séreuse éraillée par places, hématome dans le mésentère.	Id.	Entérorragie ictère p. opé.	Id.
Obs. 29	F. 52 —	3 jours	Pas de taxis	Rougeâtre	Intestin et épiploon noirâtres, douteux, paraît revenir avec eau chaude.	Id.		Id.
Obs. 30	H. 42 —	10 heures	Id.	Citrin	Intestin congestionné.	Id.		Id.
Obs. 31	H. 79 —	1 jour	Id.	Id.	Anse violacée.	Id.		Id.
Obs. 32	H. 55 —	18 heures	15 min. de taxis	Hématique	Intestin noirâtre, ecchymoses à la face interne du sac.	Id.		Id.
Obs. 33	H. 73 —	15 —	1 heure de taxis	Pas de liquide	Intestin complètement noir, douteux.	Id.		Id.
Obs. 34	H. 46 —	48 —	Taxis prolongé	Noir	Anse grele noire, hématome du mésentère; intestin adhérent au sac.	Id.	Entérorragie	
Obs. 35	H. 44 —	36 —	Pas de taxis	Citrin	Intestin sain.	Id.		Id.
Obs. 36	H. 26 —	2 jours	Id.	Pas de liquide	Intestin congestionné.	Id.		Id.
Obs. 37	H. 29 —	26 heures	Id.	Citrin	Id.	Id.		Id.
Obs. 38	H. 26 —	2 jours	Id.	Pas de liquide	Intestin noirâtre, mais luisant, épiploon cong.	Id.		Id.
Obs. 39	H. 30 —	17 heures	20 min. de taxis	Sang	Anse rouge, éraillée, épiploon contus.	Id.		Id.
Obs. 40	H. 36 —	14 —	Pas de taxis	Citrin	Intestin et épiploon congestionnés.	Id.		Id.
Obs. 41	F. 49 —	12 —	Id.	Pas de liquide	Intestin en bon état.	Id.		Id.
Hernies inguinales avec sphacèle de l'intestin.								
Obs. 42	F. 70 ans.	5 jours	Pas de taxis	Séro-hématique	Pincement latéral de l'intestin flasque, ridé, marron.	Excision losangique. Réunion de la paroi en un seul plan.		Guérison
Obs. 43	H. 55 —	5 —	Id.	Roussâtre	Ance affaissée par places, plaques marrons, intestin comme du carton mouillé, ne tient plus que par la séreuse aux deux extrémités; petite perforation sur bout afférent : mésentère lardacé.	Entérectomie : 34 cm. Fermeture du canal en un seul plan. Drainage.		Id.
Obs. 44	H. 68 —	9 —	Id.	Sanieux	Anse verte, perforée en plusieurs points, mésentère grisâtre.	Entérectomie : 67 cm. Suture un seul plan.		Id.
Obs. 45	H. 24 —	54 heures	20 min. de taxis	Hématique	Anse noire, éraillée, intestin rigide, séreuse dépolie, au collet deux demi-bagues de séreuses, petits points verdâtres.	Enfouissement circulaire. Cure radicale.		Id.
Obs. 46	H. 23 —	4 jours	Pas de taxis	Pas de liquide	Intestin adhérent au sac; au collet sur le bout afférent il ne reste plus que la séreuse, à côté plaque feuille-morte, ridée; étendue : pièce 20 centimes.	Enfouissement circulaire. Cure radicale.		Id.
Obs. 47	H. 16 —	24 heures	15 min. de taxis	Hématique	Au collet il ne reste plus que la séreuse. Testicule ectropié, contus, couvert de fausses membranes.	Enfouissement circulaire. Orchidopexie. Cure radicale.		Id.
Hernies ombilicales étrangères.								
Obs. 48	H. 81 ans.	1 jour 1/2	Pas de taxis	Pas de liquide	Epiploon adhérent, anses congestionnées.	Omphalectnmie (Condamin)		Guérison
Obs. 49	F. 99 —	48 heures	Id.	Id.	Epiploon et intestin congestionnés.	Omphalectomie (Condamin)		Id.
Obs. 50	F. 63 —	72 heures	Taxis plusieurs fois répété.	Liq. sanglant	Intestin congestionné.	Omphalectomie (Condamin)		Mort

Éclat d'obus de la cavité abdominale enlevé secondairement. *Soc. de chir. de Paris,* 27 novembre 1918.

Il s'agit d'un blessé ayant présenté une plaie de l'abdomen et qui, un mois après, avait évacué, par le rectum, un volumineux éclat d'obus. Un an après sa blessure, souffrant toujours du ventre, il est radioscopé. On voit un éclat d'obus intra-abdominal mobilisé par les mouvements respiratoires. La laparotomie a permis d'enlever un éclat d'obus du volume d'un gros haricot implanté dans le grêle. Une extrémité faisait saillie dans la lumière intestinale, l'autre intrapéritonéale était enchassée par l'épiploon, adhérent à l'anse grêle. Eclat d'obus et épiploon enlevés comme un bouchon avec sa capsule, il restait une perforation intestinale qui a été suturée.

Volumineuse hernie traumatique intestino-épiploïque avec perte de substance de la paroi abdominale et du rebord thoracique. Obturation par une plaque de caoutchouc. *Soc. de chir. de Paris,* 4 décembre 1918; *Bulletins et Mémoires*, T. II XLIX, p. 1855-1857.

La prothèse interne avec lames de caoutchouc peut donner d'excellents résultats. Fieschi, en janvier 1914, dans la *Revue de Chirurgie,* a publié plusieurs observations de hernies crurales pour la cure radicale desquelles il employa la prothèse interne caoutchoutée.

Dans des cas analogues à celui qui fait l'objet de cette observation, Chutro et Ockinzyc ont employé des greffes cartilagineuses suivant le procédé de Morestin.

Dans l'observation publiée il s'agissait d'une volumineuse hernie siégeant au-dessous du rebord costal droit, empiétant sur le thorax et l'abdomen. Volume de deux poings.

A l'opération, dans la partie supérieure de la brèche, il était impossible d'affronter le péritoine, et les parois musculaires sur une surface de 5 centimètres sur 5 centimètres. La brèche fut comblée à l'aide d'une plaque de caoutchouc taillée dans la manchette d'un gant de Chaput, insinuée

entre le péritoine et le muscle, et fixée à la soie par des points en U.

Par dessus, la paroi musculaire est reconstituée à l'aide de deux lambeaux musculaires prélevés sur le grand pectoral et le grand dentelé.

Revu six mois après, l'opéré qui a repris son travail ne souffre plus, la hernie ne s'est pas reproduite. La palpation ne permet de sentir aucun point de moindre résistance. Aucune saillie anormale dans la toux et l'effort.

Sur deux cas de perforations d'ulcère de l'estomac et du duodénum. *Soc. de médecine et de chirurgie*, 18 mars 1910; *Gaz. hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 22 mai 1910.

Dans ce travail, nous indiquons quels sont les signes comcommuns à ces deux variétés de perforations, et les petits

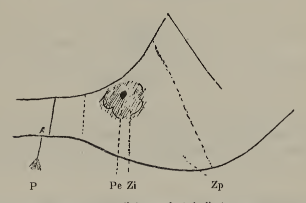


Fig. 16. — Ulcère perforé de l'estomac
Py, pylore; *Pe*, perforation; *Zi*, zone indurée périphérique; *Zp*, zone plissée.

signes qui peuvent permettre de les différencier l'une de l'autre. Nous insistons à nouveau sur l'importance de la précocité de l'intervention au point de vue du pronostic opératoire.

Enfin nous indiquons quel procédé un peu spécial nous avons employé pour aveugler la brèche stomacale : large plicature de la paroi antérieure de l'estomac, renforcée par des greffes épiploïques.

Vers le cardia, à 4 centimètres au moins de la zone calleuse de l'ulcère, nous avons saisi la face antérieure de l'estomac en un large pli étendu de la petite courbure à la grande courbure, nous avons attiré ce vaste pli au-devant de l'ulcère, d'une façon analogue à la plicature faite lorsqu'on veut pratiquer une gastro-duodénostomie, et avons suturé ce pli à la zone saine de l'estomac située sur le versant pylorique de l'ulcère. Deux fragments d'épiploon, l'un basculé de haut en bas, l'autre de bas en haut ont achevé de calfeutrer la suture.

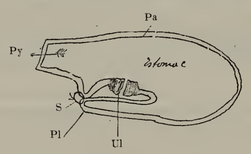


FIG. 17. — Coupe transversale de l'estomac montrant le pli effectué à la paroi antérieure.

Pa, paroi postérieure ; *Pl*, pli de la peau antérieure ; *Py*, pylore ; *S*, suture ; *U*, ulcère perforé.

Au cas où l'ulcère aurait continué à évoluer, il se serait perforé dans la cavité stomacale : pour s'ouvrir dans la cavité péritonéale, il lui aurait fallu de toute nécessité perforer deux parois stomacales.

Considérations sur un cas d'ulcère perforé de l'estomac. *Réunion médico-chirurgicale de la IIIe armée*, octobre 1917.

A l'opération il existait une perforation des dimensions d'une lentille entourée d'une large induration des dimensions d'une pièce de cinq francs. Vu l'état du malade le siège de la perforation, l'induration périphérique, l'estomac est fixé à la paroi de manière à exterioriser la perforation. Le lendemain, 10 heures après l'opération, la perforation avait les dimensions d'une pièce de 0 fr. 50, toute trace d'induration avait disparu

à son pourtour, l'estomac était souple. L'induration devait être due à un spasme musculaire véritable acte de défense de l'estomac pour rétrécir la perforation.

Estomac biloculaire et ulcère en évolution. Gastro-entérostomie. Résultat fonctionnel excellent. Guérison se maintenant au bout de sept mois. *Soc. de médecine et de chirurgie de Bordeaux,* 29 novembre 1912.

Dans ce cas les symptômes étaient uniquement ceux d'une sténose pylorique. Étant donnés l'affaiblissement et la cachexie du malade, l'hypothèse d'un ulcéro-cancer était permise. La

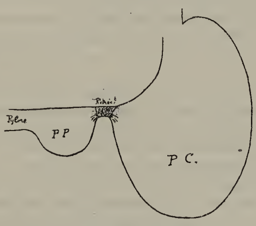


Fig. 18. — Estomac biloculaire.

radioscopie après injection de lait bismuthé n'a pas permis de déceler de sténose médio-gastrique. L'estomac descendait jusqu'au pubis. A l'opération je trouve l'estomac figuré ci-contre.

Simple gastro-entérostomie; 7 mois après la guérison se maintient totale. La sténose médio-gastrique étant très serrée (filiforme), le pylore non rétréci, cette opération pouvait suffire. Le degré de la sténose médio-gastrique était tel qu'elle a réalisé d'une façon naturelle le bloquage du pylore.

Dans des cas analogues il paraît inutile de pratiquer la

résection gastrique, car par la simple gastro-entérostomie on réalise avec le minimun de frais une véritable exclusion du pylore, opération qui semble être à l'heure actuelle une des meilleures dans le traitement de l'ulcère en évolution.

Volumineuse tumeur inflammatoire de l'estomac gastro-entérostomie. Disparition de la pseudo-tumeur. *Soc. anatomo-clinique de Bordeaux*, 24 décembre 1919.

Malade entré à l'hôpital pour des signes de sténose pylorique, le 6 juillet 1919, opéré le 11 août. L'examen clinique montrait un estomac très dilaté et une tumeur bosselée, dure, mobile dans la région pylorique.

L'examen radioscopique confirmait les données de l'examen clinique. Estomac dilaté, atone, disparition de la zone pylorique. Au bout de 24 heures, l'estomac contient encore du bismuth.

A l'opération je trouve une tumeur volumineuse, irrégulière, dure, très mobile, occupant le pylore et la région prépylorique. Pas d'adhérences, pas de signes d'inflammation.

Gastro-entérostomie loin de la tumeur pour pouvoir faire une large gastrectomie dans un second temps.

Un mois après, le malade est réopéré. Mais contre toute attente, l'estomac est partout souple avec son aspect normal, seule persiste une petite cicatrice étoilée au niveau du pylore rétréci.

Dans ces conditions le ventre est tout simplement refermé sans plus.

Revu en février 1920. Le malade a engraissé, et n'éprouve plus de troubles.

Plaie du foie par un instrument tranchant. Suture du foie. Guérison. *Soc. d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, 24 février 1908 et *J. de médecine de Bordeaux*, 1908.

L'hémorragie a pu être tarie par une opération précoce. La suture a pu être effectuée sans un matériel spécial. Malgré le

siège élevé de la plaie hépatique, vu la souplesse du rebord thoracique, la résection du rebord costal a été inutile, l'éversion a suffi.

La malade a présenté pendant plusieurs jours un hoquet continu, elle a eu un léger subictère, et une glycosurie transitoire.

Rupture traumatique de la rate. Splénectomie. Guérison. *Réunion médico-chirurgicale de la IIIe armée,* 13 septembre 1917; *Presse médicale,* nº 59, 22 avril 1918, p. 613-614.

Un infirmier tombe de sa hauteur sur une boîte de plâtre qu'il portait sous son bras gauche. Aussitôt, douleurs très vives dans le flanc gauche, la base du thorax et la région précordiale.

Apporté à l'hôpital deux heures après l'accident, le pouls est à 90, le facies coloré, le ventre partout souple, sonorité normale, légère défense sous le rebord costal gauche. Auscultation négative. Mais le blessé se plaint de douleurs atroces, qui paraissent hors de proportion avec les symptômes accusés.

En voulant passer du brancard sur lequel il était étendu dans son lit, il ressent une douleur en coup de poignard, pâlit .. État syncopal. Examiné de nouveau : pouls à 140, ventre de bois, matité déclive à gauche.

Opéré aussitôt. Le ventre est plein de sang, la rate est séparée en deux par une rupture perpendiculaire à son grand axe. Splénectomie.

Suites simples. Pas de modifications appréciables de la formule sanguine. Examen histologique de la rate, normal.

Ce fait est intéressant, car il s'agit là d'une rupture en deux temps. Il y a d'abord eu une hémorragie sous-capsulaire par rupture du parenchyme, période caractérisée par les douleurs atroces et un minimum de signes cliniques. Ensuite, à l'occasion d'un effort minime, la rupture de la capsule caractérisée par la douleur aiguë et les signes de rupture intra-péritonéale.

Papillome de la vulve en voie de dégénérescence épithéliomateuse. *J. de médecine de Bordeaux*, 1904; *Soc. anatomique de Bordeaux*, 1904.

Les kystes de la région clitoridienne (en collaboration avec le Dr Loubat). *Paris médical*, 1er mai 1913.

Les kystes du clitoris n'ont pas grande importance clinique, leur intérêt réside surtout dans leur rareté et dans leur étude anatomique.

Jusqu'ici, ils ont été peu étudiés, et seulement dans des travaux d'ensemble sur les tumeurs du clitoris en général (Peckam-Lambret).

En réunissant toutes les observations éparses à deux observations personnelles et inédites, nous disposons de 21 cas pour essayer d'esquisser leur histoire.

De l'étude de ces 21 observations, nous avons pu déduire les considérations suivantes que nous n'oserions ériger en véritables conclusions.

Il existe au niveau de la région clitoridienne des kystes de volume inégal variant de celui d'une noisette à celui d'une tête fœtale, et situés soit sur le clitoris lui-même, qu'ils peuvent remplacer, soit empiétant sur les parties avoisinantes, petites lèvres surtout.

Survenant à tous les âges de la vie, ils ont habituellement une évolution lente et ne déterminent aucun symptôme douloureux. Ils peuvent s'enflammer et ont alors une évolution plus rapide, aboutissant rarement à la suppuration, mais plus souvent à la transformation hématique du contenu avec chute de l'épithélium.

Sans menacer l'existence, ils arrivent à gêner par leur volume et nécessitent l'intervention. La ponction, l'incision simple se montrent insuffisantes; ils ne guérissent que par l'extirpation dont la technique ne présente aucune particularité.

Tous ces kystes ont vraisemblablement une origine congénitale.

En se basant sur la structure de ces kystes, on peut distinguer (le contenu graisseux, liquide, fluide, visqueux ou hématique ne saurait servir de base à une classification) :

1º *Des kystes épidermiques*, à revêtement épithélial pavimenteux stratifié, corné, sans papilles ni glandes, à contenu demi-solide et pâteux, opaques, n'atteignant pas habituellement un très grand volume. Indépendants de la peau, ils sont situés sur le clitoris ou sur la partie dorsale du capuchon. Ils sont d'origine ectodermique et ont la même signification que les kystes épidermiques de certaines autres régions anatomiques (cuir chevelu, prépuce pénien).

2º *Des kystes mucoïdes*, à revêtement épithélial cylindrique ou muqueux, à contenu plutôt fluide, filant. De volume parfois considérable, ils peuvent être multiloculaires ; ils ont leur siège électif au-dessous du clitoris, au niveau du vestibule ou de la partie interne du capuchon clitoridien et des petites lèvres. Ils sont d'origine endodermique et dérivent de l'épithélium ou des glandes du sinus uro-génital.

3º *Des kystes mixtes,* à contenu épais, jaunâtre, occupant la partie vestibulaire supérieure et même le gland. Ils peuvent être rapprochés soit des kystes épidermiques ou bien ont tous les caractères des kystes wolffiens développés aux dépens des canaux de Gartner.

4º *Certains kystes n'ont pas de revêtement épithélial*, leur nature est inconnue ; il est vraisemblable que ce sont des kystes des variétés précédentes dont l'épithélium a disparu (hémorragies, inflammation), l'hypothèse d'une hématocèle clitoridienne paraissant fort improbable.

Fibrome interstitiel de la paroi postérieure de l'utérus atteint de sphacèle (en collaboration avec M. le Professeur Boursier). *Soc. de gynécologie et d'obstétrique*, 8 janvier 1907.

Il s'agit d'un fibrome sphacélé interstitiel non exposé, qui, par son allure clinique, en a imposé pour une tumeur maligne ; ce fibrome était développé dans la paroi postérieure

de l'utérus, il était réduit en magma noirâtre, putrilagineux, fétide, il adhérait de toutes parts à l'excavation pelvienne, les veines iliaques du côté droit étaient thrombosées : le rectum était perforé, et le magma putrilagineux communiquait avec le rectum.

De gros ganglions inflammatoires iliaques et cruraux. Ce cas tire son intérêt de la perforation dans le rectum, et de l'allure clinique de l'affection simulant un néoplasme malin.

Fibrome interstitiel de la paroi postérieure de l'utérus atteint de sphacèle. *Soc. d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux,* 12 décembre 1907.

Fibrome non exposé, aucune infection locale ni générale ne pouvait expliquer une telle complication. Mais les artères utérines étaient très athéromateuses. Est-ce à cette lésion qu'il faille rapporter la genèse du sphacèle ?

Fibrome de la paroi antérieure de l'utérus avec troubles urinaires. *Journal de médecine de Bordeaux,* 1909.

L'explication des troubles urinaires dans les fibromes parait devoir être rapportée aux phénomènes congestifs si



Fig. 19. — Fibrome de la paroi antérieure.

U, utérus ; *F*, fibrome.

l'on en croit les auteurs. Dans ces deux observations il semble que la théorie mécanique suffise à expliquer les troubles.



Fig. 20. — Fibrome de la paroi antérieure.

F, fibrome ; *U*, utérus.

Utérus bicorne. *Soc. de gynécologie et d'obstétrique de Bordeaux, Journal de médecine de Bordeaux,* 27 février 1910.

Fibrome interstitiel de l'utérus (en collaboration avec M. le Professeur Chavannaz et le Dr Nadal). *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux,* novembre 1911.

Fibrome interstitiel de l'utérus mononodulaire (en collaboration avec M. le Professeur Chavannaz). *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux,* 21 juillet 1911.

La dissection montre que ce nodule fibromateux est abordé à sa périphérie par plusieurs sangles fibro-musculaires possédant des vaisseaux propres assurant la vascularisation de ce noyau.

Occlusion intestinale par rétrodéviation d'un utérus normal. *Journal de médecine de Bordeaux,* 23 mars 1913.

L'occlusion intestinale par rétrodéviation *d'un utérus normal*, constitue une complication exceptionnelle et peu connue de ce déplacement de l'utérus.

Nous n'avons pu recueillir que deux cas semblables dans la littérature médicale.

La première observation est de Kœberlé, il s'agissait d'une occlusion intestinale par rétrodéviation d'un utérus comprimant le rectum. Il en était de même dans le cas de M. Cricks.

Dans le cas de Kœberlé, toutes les tentatives de réduction de l'utérus furent vaines, il fallut recourir à la laparotomie.

Dans le fait de M. Cricks on recourut d'emblée à la laparotomie, mais au cours de celle-ci un aide réduisit l'utérus par le toucher rectal, et aussitôt la circulation intestinale se rétablit.

La malade de Kœberlé a guéri, celle de M. Cricks est morte.

Dans notre observation c'est au cours d'une promenade en voiture que brusquement, à l'occasion d'un cahot, les accidents éclatèrent.

A l'opération une anse grêle, à environ 0 m. 50 du cœcum, était comprimée entre le sacrum et le fonds de l'utérus.

A ce niveau, l'anse présentait une tache noirâtre ecchymotique ; cette anse est facilement, par traction, extraite de sa prison.

En examinant le pelvis on constatait que l'utérus était rétrodévié à droite, son fond reposant sur la concavité sacrée. Cet utérus était complètement basculé. Il était un peu gros, et porteur sur sa face antérieure d'un petit fibrome gros comme un noyau de cerise.

Les ovaires et les trompes sont prolabés, l'ovaire gauche faiblement adhérent. Le cul-de-sac rétro-utérin est absolument libre, lisse, sans tractus inflammatoire. Si on essaie de ramener l'utérus en avant on ne peut le faire complètement, il retombe dès qu'on le lâche, lourdement en arrière. On rompt les adhérences de l'ovaire droit, dès lors l'utérus se laisse ramener en avant.

A l'occasion de ces trois cas, nous étudions la conduite à tenir dans les cas d'occlusion par rétrodéviation d'un utérus normal.

Avant toute opération il paraît logique d'essayer de réduire l'utérus (il faut bien entendu savoir auparavant, ou constater qu'il s'agit d'une rétrodéviation). On ne peut nier que dans le cas de M. Cricks, cette manœuvre puisqu'elle a été efficace au cours de la laparotomie ne l'eût pas été avant, et cela pour le plus grand avantage de la malade.

Quand la réduction aura échouée, ou n'aura pas été tentée, c'est naturellement par la laparotomie qu'il faut aller lever l'obstacle.

Celui-ci levé, il faut tâcher d'éviter le retour de pareils accidents par une intervention complémentaire, pexie directe ou indirecte de l'utérus. C'est ce que Kœberlé et M. Cricks ont fait.

Mais cette manière de faire peut être contre-indiquée par des difficultés tenant à la distension intestinale, ou par l'état général grave des malades. Une hystéropexie, ou une opération analogue, simple et bénigne en temps ordinaire, peut devenir extrêmement grave, lorsqu'elle est faite comme opération complémentaire au cours d'une occlusion. D'où la nécessité, dans certaines circonstances, de satisfaire dans un premier temps *à l'indication d'urgence*, c'est-à-dire lever l'obstacle, et dans un second temps, à froid remplir *l'indication de prévoyance*.

C'est ce que nous pensions faire. Mais notre malade guérie a préféré courir les chances d'une récidive aléatoire, que celles d'une opération certaine.

La connaissance de cette complication grave, quoique rare, doit encore plus engager à traiter activement les rétrodéviations utérines, même en apparence les plus bénignes.

Occlusion intestinale par rétrodéviation de l'utérus (seconde observation). *Soc. de gynécologie de Bordeaux,* avril 1920.

Malade prise brusquement à la suite d'un effort des symptômes de l'occlusion intestinale. Les touchers vaginal et rectal montrent que l'utérus est rétrodévié, enclavé, irréductible,

et qu'il efface complètement la lumière du rectum. État général grave.

Une sonde rigide de petit calibre peut être introduite dans le rectum au delà de l'obstacle. Entéroclyse. Guérison de l'occlusion. Huit jours après, à froid. Laparotomie qui montre un utérus un peu gros, comme le sont généralement les utérus rétrodéviés; cet utérus est enclavé dans la concavité sacrée, un certain effort est nécessaire pour l'en extraire.

Comme il existe des lésions salpingiennes, l'hystérectomie subtotale est pratiquée.

Trompe avec grossesse extra-utérine. *J. de médecine de Bordeaux*, 27 mars 1904.

Grossesse extra-utérine rompue. Inondation péritonéale. Laparatomie. Guérison. *Soc. de gynécologie et d'obstétrique de Bordeaux*, octobre 1908.

Kyste tuberculeux suppuré de l'ovaire (en collaboration avec le Dr Loubat). *Soc. d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie*, février 1913.

La jeune femme porteuse de ce kyste avait été soignée une dizaine d'années auparavant pour une « ascite essentielle ».

Au niveau de l'ovaire gauche, il existait un volumineux kyste suppuré, tuberculeux. Castration utéro-annexielle. Les pièces en main, on pouvait très bien voir que les lésions tuberculeuses étaient à leur maximum au niveau du pôle du kyste en rapport avec la trompe gauche. Les deux trompes étaient tuberculeuses, la tuberculose a dû envahir le kyste par l'intermédiaire de la trompe.

De la toxicité des liquides des kystes ovariques à pédicule tordu (Étude expérimentale et déductions cliniques). *La Gynécologie*, décembre 1912 (avec 4 figures).

Quelle est la cause des accidents péritonéaux et généraux,

légers, graves ou mortels, qui succèdent à la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire ?

En premier lieu, on a cru à la nature infectieuse de la péritonite : les travaux de Hartmann et de Morax ont fait justice de cette opinion en démontrant que de telles péritonites étaient aseptiques.

Cependant, pour expliquer les cas de torsion du pédicule suivis de mort, certains auteurs ont pensé que la péritonite, primitivement aseptique, devenait secondairement septique (Coignerai). Jamais on n'a prouvé le fait.

Comment expliquer l'apparition de cette péritonite parfois mortelle ? Maillard invoque un réflexe ? Lejars pense que le liquide du kyste peut être de virulence variable, et que c'est sa transsudation qui cause la péritonite. Pozzi, Olshausen partagent la même opinion.

Jusqu'ici, cette origine toxique des accidents déterminés par la torsion des kystes ovariques *ne reposait que sur des hypothèses,* aussi avons-nous essayé de savoir *si oui ou non cette hypothèse pouvait être confirmée.*

Pour ce faire, nous avons eu recours à l'expérimentation, nous avons tenté d'établir quelle était la toxicité du liquide contenu dans ces kystes tordus. Comme animal d'expérimentation, nous avons choisi le lapin. Pour évaluer la toxicité du liquide de nos kystes, nous avons trouvé un terme de comparaison dans les travaux expérimentaux de MM. Auché et Chavannaz. En 1898, ces deux auteurs ont en effet étudié la toxicité du liquide des kystes de l'ovaire non tordus. Notre travail vient donc compléter le leur.

Notre travail est basé sur onze observations cliniques et sur vingt-sept observations de lapins, sans compter les lapins témoins.

L'examen histologique de toutes les parois kystiques a été pratiqué, tous les liquides kystiques ont été ensemencés en milieux aérobies ou anaérobies; tous les lapins autopsiés, les liquides péritonéaux, pleuraux ou péricardiques ensemencés, le foie et les reins étudiés histologiquement. Pour chaque

lapin nous avons établi une courbe de poids et de température. Certains animaux ont été suivis pendant trois mois.

L'étude des faits expérimentaux que nous avons observés nous permet d'affirmer que le contenu des kystes de l'ovaire à pédicule tordu est stérile, quel que soit le degré de la torsion, malgré les adhérences intestinales. De même les exsudats péritonéaux, pleuraux et péricardiques des lapins morts n'ont donné lieu à aucune culture. Cette asepsie de ces liquides confirme les expériences de MM. Auché et Chavannaz et les recherches de MM. Hartmann et Morax sur les péritonites par torsion du pédicule.

La mort de nos animaux n'est pas due à l'infection, ni à la distension de l'abdomen par le liquide injecté.

Jamais nous n'avons injecté plus de 200 grammes de liquide ; or MM. Auché et Chavannaz ont pu injecter impunément 635 grammes dans le péritoine d'un lapin pesant 2 kil. 125, c'est-à-dire dans la proportion de 1 à 3,35 par rapport à son poids.

La mort des lapins est bien due à l'intoxication. En effet, un lapin supporte une injection de sérum dans la proportion de 1 à 3,35 °/₀ par rapport à son poids (même effet du liquide des kystes du parovaire).

L'eau distillée le tue si injectée dans la proportion de 1 à 4,91.

Le liquide des kystes mucoïdes tue les lapins qui reçoivent en injection plus de 1/6 de leur poids de ce liquide.

Dans nos expériences, la toxicité du liquide des kystes tordus est beaucoup plus considérable, puisque des lapins ayant reçu 1/57 de leur poids de liquide sont morts rapidement, que ceux qui ont reçu seulement 1/210 de leur poids de liquide ont maigri considérablement.

Toutes les variétés de kystes paraissent également toxiques à un degré de torsion égale, même les kystes du parovaire dont le liquide à l'état ordinaire est si peu toxique.

La toxicité parait dépendre du degré de la torsion, du temps écoulé entre les accidents et l'époque d'injection aux

	OBSERVATIONS	DATES	NATURE DU KYSTE	DATE DE LA DERNIÈRE CRISE	INTENSITÉ DES ACCIDENTS	DEGRÉ DE TORSION	QUANTITÉ DE LIQUIDE INJECTÉ	PROPORTION du liquide injecté par rapport au poids du lapin	RÉSULTAT
1	I.	Février 1911	Parovaire	Un mois	Légers	1 tour	100 grammes	1/21,30	Guérison
	II	—	—	—	—	—	150 —	1/13,96	—
	III	—	—	—	—	—	200 —	1/10,25	—
2	IV	Juillet 1911	Mucoïde	3 semaines	Graves	4 tours	60 grammes	1/30	Mort
	V	—	Paroi altérée	—	—	—	40 —	1/47,25	—
	VI	—	—	—	—	—	10 —	1/210	Maigrit
3	VII	Juillet 1911	Parovaire		Très légers	1 tour	150 grammes	1/11,66	Guérison
	VIII.	—	Paroi saine		—	—	100 —	1/18	—
	IX	—	—		—	—	70 —	1/25,35	—
4	X	Sept. 1911	Mucoïde	15 jours	Graves	2 tours 1/2	100 grammes	1/18,95	Mort
	XI	—	Paroi altérée	—	—	—	50 —	1/36,40	—
5	XII	Octobre 1911	Dermoïde	12 jours	Graves	3 tours 1/2	25 grammes	1/104	Guérison
	XIII	—	Paroi altérée	—	—	—	50 —	1/57	Mort
6	XIV	Nov. 1911	Mucoïde	Un mois	Graves	3 tours	140 grammes	1/20	Mort
	XV	—	Paroi altérée	—	—	—	20 —	1/107,50	Guérison
	XVI	—	—	—	—	—	160 —	1/17,8	Mort
7	XVII	Février 1912	Dermoïde	Un mois	Moyens	2 tours	80 grammes	1/20,06	Guérison
8	XVIII....»...	Mars 1912	Dermoïde		Légers	1 tour 1/2	100 grammes	1/27,75	Guérison
	XIX	—	Paroi saine		—	—	100 —	1/15	—
9	XX	Juin 1912	Mucoïde		Presque nuls	1 tour	150 grammes	1/17	Guérison
	XXI	—	Paroi saine		—	—	100 —	1/22,50	—
	XVII	—	—		—	—	50 —	1/53	—
10	XXIII	Juillet 1912	Mucoïde	Un mois 1/2	Moyens	1 tour	100 grammes	1/14	Guérison
	XXIV	—	Altération légère	—	—	—	150 —	1/10,66	—
	XXV ex. 22	—	—	—	—	—	75 —	1/35,34	Mort
	XXVI ex. 21	—	—	—	—	—	80 —	1/27,50	—
11	XXVII	Mars 1911	Dermoïde Paroi altérée	15 jours	Légers	1 tour	100 —	1/24	Mort

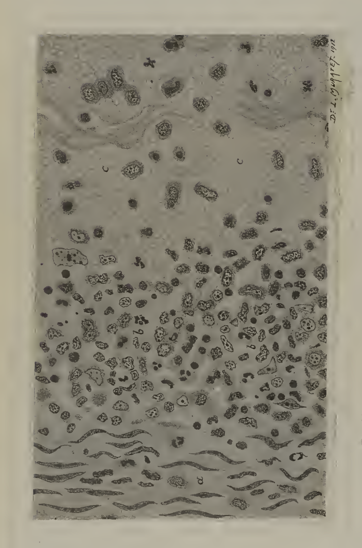


Fig. 21. — Paroi du kyste de l'observation II (Reichert oc. 2 obj. im. 1/12).
a) cellules conjonctives dissociées par l'œdème ; *b*) zone des altérations cellulaires ; *c*) foyer hémorragique dissociant les tissus et débris cellulaires.

animaux. Mais la toxicité est surtout en corrélation étroite avec les altérations de la paroi du kyste.

Dans presque tous les kystes tordus, *même lorsque macroscopiquement la paroi paraît saine*, il existe des altérations pariétales visibles au microscope. Dans les uns il y a de larges zones de nécrose, dans d'autres ces zones sont plus

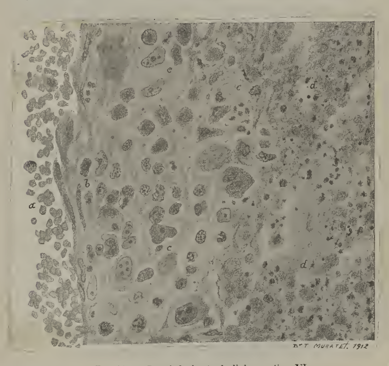


Fig. 22. — Paroi du kyste de l'observation VI (Reichert oc. 2 obj. im. homog. 1/12).

a) coupe d'un vaisseau ; *b*) cellules conjonctives ; *c*) zone où les cellules sont altérées ; *d*) zone de nécrose.

discrètes, ailleurs il n'existe que des altérations cellulaires de ci-de là (Fig. 21 et 22).

Plus la paroi est altérée, plus le liquide est toxique.

Cette toxicité du liquide est donc due aux toxines émanées des éléments cellulaires frappés de mort. Ce sont ces toxines qui ont tué nos lapins.

Un fait bien mis en évidence par nos expériences est le suivant : les lapins qui ont subi une première fois une injection de liquide et qui en guérissent, sont beaucoup plus sensibles à une nouvelle injection (nous n'avons toutefois jamais pu déterminer le choc anaphylactique) ; vient-on à réinjecter un lapin déjà inoculé, il meurt rapidement alors qu'un lapin frais recevant une quantité double du même



Fig. 23. — Type des altérations hépatiques (Lapin XIII) (Reichert oc. 2 obj. 3).

liquide maigrit seulement puis guérit. Ex. lapins 23, 24, 25 et 26 (voir tableau).

On pourrait objecter que les lapins meurent parce que intoxiqués ayant reçu en injection un liquide d'un organisme qui leur est étranger. S'il en était ainsi, tous les liquides de nos kystes devraient être également toxiques pour les lapins, il n'en est rien : des liquides nullement hématiques se sont montrés plus toxiques que des liquides franchement hématiques.

Les lapins morts présentent des altérations péritonéales tout à fait comparables à celles observées chez la femme au cours des interventions ou des autopsies pour accidents de torsion. *Elles sont également aseptiques.*

Leur foie et leurs reins présentent des altérations parenchymateuses parfois très marquées, analogues aux lésions toxiques infectieuses (Fig. 23 et 24), la stérilité des exsubats pleuraux, péricardiques et péritonéaux nous autorise à penser que ces lésions sont d'ordre purement toxique.

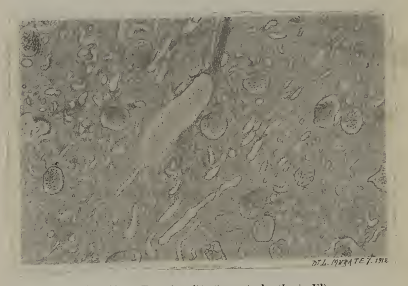


Fig. 24. — Type des altérations rénales (Lapin VI) (Reichert oc. 2 obj. 3).

Ainsi au point de vue expérimental, en ce qui concerne le lapin, le liquide des kystes à pédicule tordu est beaucoup plus toxique que celui des kystes non tordus, les lésions péritonéales, rénales et hépatiques, sont chez le lapin la signature de cette intoxication.

En clinique différents auteurs au cours de ces dernières années ont cherché à démontrer la réalité de cette intoxication en se basant sur des observations. Une malade de Stöker est morte d'atrophie aiguë du foie. Bröse a publié un cas de mort

par néphrite parenchymateuse aiguë, et deux cas où au cours de la torsion apparurent des symptômes de néphrite, etc., etc.

Nous-même rapportons l'observation d'une malade présentant des signes de néphrite ; à la suite de l'ovariotomie, l'albuminurie diminua puis disparut.

Si on compare les lésions rénales et hépatiques des malades mortes, et celles observées chez nos animaux, si l'on songe que les altérations péritonéales sont exactement superposables, il est dès lors légitime de conclure que c'est une cause identique qui produit les mêmes effets.

Malheureusement vu le petit nombre des observations utilisables, il est difficile d'apprécier de manière exacte l'intensité et la gravité de cette intoxication chez la femme, de savoir exactement quels sont les cas mortels qui relèvent de l'intoxication ou de toute autre cause. Néanmoins on peut admettre des comparaisons de la clinique et de l'expérimentation qu'un kyste tordu est un foyer d'intoxication pour l'économie tout comme un membre frappé de gangrène.

Nous avons essayé de savoir ce qui se passe si un kyste tordu vient à se rompre dans l'abdomen ; n'ayant pu observer de tels faits nous avons parcouru la littérature médicale. *Tous les kystes tordus, rompus et non opérés ont eu la mort comme terminaison.* Voilà une constatation qui contraste singulièrement avec *la bénignité de la rupture des kystes non tordus.* Voilà un fait qui cadre bien avec ce que nous faisait prévoir notre étude expérimentale.

De nos recherches expérimentales, des constatations cliniques, il semble que l'on puisse tirer quelques déductions pratiques : puisque la torsion du pédicule n'agit que par intoxication, puisque rein et foie risquent d'être profondément lésés, ne faudrait-il pas, sitôt le diagnostic de torsion posé, opérer d'urgence, et enlever le kyste comme on ampute un membre voué à la gangrène ? plutôt que d'attendre le refroidissement de la crise et favoriser par là, la production d'altérations rénales et hépatiques ?

L'idéal dans ces cas est d'enlever le kyste en bloc, non pas

tant à cause de greffes néoplasiques possibles, mais surtout pour éviter la contamination du péritoine par le liquide. Ce que nous savons de la toxicité de ce liquide, l'incertitude où nous sommes au sujet de la possibilité d'accidents anaphylactiques (1), nous autorise à conseiller cette technique.

Nos conclusions sont les suivantes :

1° Le contenu des kystes de l'ovaire à pédicule tordu est aseptique.

2° La toxicité de ces kystes est beaucoup plus grande que celle du liquide des kystes non tordus.

3° Les toxines ont pour origine les altérations cellulaires dont la paroi kystique est le siège.

4° L'injection intrapéritonéale détermine chez le lapin des lésions péritonéales aseptiques analogues à celles observées chez la femme au cours des accidents de torsion.

5° Le rein et le foie des animaux inoculés présentent des altérations parenchymateuses aiguës analogues à celles observées en clinique.

6° Dans la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire, il faut donc non seulement craindre l'hémorragie et l'infection, mais surtout faire une place prépondérante à l'auto-intoxication.

Sur un cas de cancer primitif de l'urèthre. *J. de médecine de Bordeaux*, mai 1906.

Il s'agit en l'espèce d'un épithélioma primitif classique de

(1) Depuis la rédaction de ce travail, M. le Dr de Boucaud a rapporté à la Société anatomique de Bordeaux, l'histoire d'une malade qu'il opérait d'un kyste de l'ovaire à pédicule fortement tordu, au cours de l'intervention le kyste se rompit, et le liquide inonda le ventre ; aussitôt la malade fut prise d'une syncope dont elle ne sortit que difficilement. S'agit-il là *d'un réflexe* comme le croit M. de Boucaud, ou ne s'agit-il pas plutôt de phénomènes anaphylactiques analogues à ceux que l'on constate dans la rupture des kystes hydatiques dans le péritoine. Ce qui nous porte à émettre cette dernière hypothèse, c'est que nous connaissons plusieurs observations *de ruptures spontanées de kystes ovariques tordus* que nous avons rassemblées en vue d'un mémoire faisant suite à celui-ci, observations dans lesquelles des accidents syncopaux graves, mortels même parfois, se sont produits, reproduisant exactement le tableau clinique des accidents dus à la rupture intrapéritonéale des kystes hydatiques.

l'urèthre s'étendant du méat au col vésical, l'urèthre faisait saillie sur la paroi vaginale antérieure comme si on y eut introduit un demi-cylindre.

Le fait intéressant en dehors de la rareté d'un tel néoplasme est l'origine de cet épithélioma qui semble avoir eu comme point de départ des hémorroïdes de l'urèthre.

Cancer érectant de la verge. *In* thèse Laborde, Bordeaux, 1911.

Corps étranger de l'urèthre (en collaboration avec M. le Professeur Chavannaz). *Soc. de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 21 juillet 1911.

Une épingle à cheveux a été retirée par uréthrotomie externe de la portion pénienne de l'urèthre chez un homme

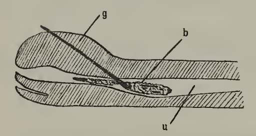


Fig. 25. — Épingle à cheveux dans l'urèthre ; une branche perfore le gland. b, boucle incrustée de sels ; g, gland ; u, urèthre.

de 24 ans. Elle y avait été introduite 10 ans auparavant. Comme le montre le dessin ci-joint, une des branches de l'épingle dont la boucle se trouvait en arrière était dans le canal, l'autre branche traversait le gland de part en part (fig. 25). Le corps étranger incrusté de sels calcaires ne gênait ni la miction ni l'érection ! Pareille tolérance est un fait exceptionnel dans les corps étrangers de l'urèthre.

Epididymite tuberculeuse fistuleuse traitée par la méthode de Bier. *Société anatomique*, 23 décembre 1908.

L'observation de ce malade présenté à la Société anatomique en 1908 a été recueillie en 1905. A cette époque (10 mars), ce malade présentait les signes manifestes d'une tuberculose épididymo-testiculaire fistuleuse. Le 3 mai 1905, l'ulcération était cicatrisée, et le 23 décembre 1908, date de la présentation du malade à la Société d'anatomie, on ne trouvait plus que les vestiges fibreux et indolores de ses anciennes lésions.

Ainsi donc, guérison maintenue depuis deux ans et demi ; entre temps il s'était marié.

Ulcère simple perforant de la vessie. *Journal d'urologie*, janvier 1913, p. 50 à 54.

La malade, femme de 58 ans, avait été opérée un mois avant d'une volumineuse hernie crurale gauche étranglée.

Alors qu'elle était tout à fait guérie de son opération, elle ressentit une vive douleur dans le ventre et fut prise de rétention d'urine.

Le diagnostic d'épiploïte est d'abord porté, puis les symptômes abdominauxs'atténuant. l'ensemble des signes présentés par la malade aiguille le diagnostic vers l'urémie.

A l'autopsie péritoine non enflammé, il est rempli d'urine, la vessie présente une perforation sur la paroi postérieure, au voisinage du sommet et sur la ligne médiane. Le fait que cette ulcération est unique, les altérations microscopiques de la zone qui entoure la perforation conduisent à penser qu'il s'agit bien là d'un ulcère simple perforé.

A signaler que la patiente n'éprouvait nul besoin d'uriner ; que rapidement elle a présenté des signes d'urémie, qu'elle est morte dans le coma, qu'il n'y avait point de péritonite.

Cette femme est donc morte par intoxication.

La pathogénie de cet ulcère peut s'expliquer par une embolie partie d'un moignon epiploïque, ou par une throm-

bose se propageant depuis l'anneau crural jusqu'aux vaisseaux de la vessie.

Tumeur pédiculée de la vessie faisant hernie à la vulve à travers l'urèthre dilaté. Sphacèle de la tumeur. Ablation par les voies naturelles. Guérison. *Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, décembre 1912.

C'est une jeune femme qui présentait à la vulve un polype gros comme une prune, sphacélé, ayant toutes les apparences d'un polype de l'utérus.

L'issue de ce polype s'était accompagnée d'hématuries.

Sous chloroforme la dilatation de l'urèthre, facile, permit de lier le pédicule du polype.

La cystoscopie (Dr Ferron) permit de voir l'implantation du polype à droite de l'orifice uretéral gauche, un peu en arrière de la bandelette interuretérale.

Avant l'intervention, oligurie, douleurs et augmentation du rein gauche, probablement par coudure de cet uretère ; après l'intervention la malade eut une forte débâcle urinaire.

Kyste volumineux du rein droit. *Société d'anatomie de Bordeaux*, 2 décembre 1904.

Calcul du rein sans hématurie et visible à la radiographie. *Société d'anatomie de Bordeaux*, 14 mai 1906.

Néphrectomie partielle pour rein polykystique (en collaboration avec M. le Professeur Chavannaz). *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 14 février 1912.

Le rein polykystique était autrefois considéré, au point de vue chirurgical, comme un *noli me tangere*. La notion de bilatéralité de l'affection, la crainte de l'anurie et l'assurance de l'inefficacité de l'intervention suffisaient à justifier cette opinion. Mais aujourd'hui celle-ci est vivement battue en brèche. Déjà, en 1888, Lejars signalait trois cas d'unilatéra-

lité de l'affection ; récemment, Luzzato, sur 226 faits, en trouvait 41 cas nouveaux ; de plus, quand les deux reins étaient atteints, toujours l'un était plus dégénéré que l'autre. On en arrive donc à conclure que souvent le rein polykystique est unilatéral, au moins à l'origine, et que peut-être des interventions plus précocement pratiquées, avant l'apparition de complications menaçant la vie, permettraient de saisir les premières localisations du mal et de les traiter par la néphrectomie partielle.

C'est en partant de ce principe que cette opération a été exécutée chez une femme de trente-quatre ans chez qui on avait été appelé à intervenir pour une tumeur rénale droite dont le diagnostic restait hésitant entre : hydronéphrose, kyste hydatique ou rein polykystique. Le rein gauche paraissait normal et la valeur fonctionnelle du rein malade était d'ailleurs sensiblement égale à celle du rein sain.

L'opération, faite par voie transpéritonéale, montra à droite un rein polykystique typique dont le pôle inférieur est totalement envahi, énorme, bosselé, alors que le pôle supérieur est plus discrètement envahi. Aussi la néphrectomie partielle est-elle pratiquée. Le segment du rein enlevé comprend tout le pôle inférieur avec la moitié inférieure du bassinet. C'est donc une héminéphrectomie inférieure s'arrêtant en haut au ras de l'abouchement de l'uretère dans le bassinet. Fixation du péritoine postérieur aux lèvres de l'incision abdominale, drainage comme pour une cholédocotomie.

L'examen histologique du segment du rein enlevé révéla qu'on avait bien affaire à un rein polykystique simple s'accompagnant comme c'est la règle, des signes d'une cirrhose rénale assez intense.

Suites opératoires excellentes : on ne nota pas le moindre écoulement par le drainage qui fut enlevé le huitième jour. La plaie guérit *per primam*.

La quantité d'urine émise, qui oscillait avant l'intervention entre 500 grammes et 1.000 grammes, s'est abaissée le lende-

main de l'opération à 650 grammes; le deuxième et le troisième jour, elle a atteint 1.000 grammes, pour s'élever à 1.700 le quatrième; depuis, la quantité d'urine émise varie entre 1.200 grammes et 2.500 grammes.

Localement, le moignon du rein droit ne s'est pas modifié depuis l'intervention; il semble que les légères altérations dont était frappée cette extrémité supérieure n'aient pas progressé. Le rein gauche a légèrement augmenté de volume. Est-ce par hypertrophie compensatrice ? Est-ce par dégénérescence kystique ? On ne saurait par l'examen clinique résoudre cette question.

Fonctionnellement, le demi-rein droit secrète d'une manière satisfaisante ; sa réaction à la polyurie expérimentale est même meilleure que celle du rein gauche ; son urine est moins chargée en albumine que celle de son congénère.

Au point de vue général, la malade est complètement transformée : elle a perdu son aspect misérable et elle donne l'impression d'une femme robuste douée d'une santé satisfaisante. Les nausées et les troubles digestifs ont complètement disparu, elle est délivrée du tourment des cophalées.

Indiscutablement, l'opération a eu un heureux effet au triple point de vue local, fonctionnel et général.

MEMBRES

La méthode de Bier dans la tuberculose, les inflammations, les arthrites traumatiques et les fractures. Mémoire pour le concours de Médaille d'Or. Thèse de doctorat, 1897 (Prix Godard des Thèses. Médaille de Bronze 1907).

Ce mémoire est divisé en huit chapitres :

Le premier, consacré à l'historique, montre que l'emploi de la bande élastique comme moyen d'hyperhémie veineuse est une méthode française, puisque la première application de cette méthode remonte à Ambroise Paré, livre LXIII, chapitre XXX.

Le second étudie la technique générale d'application de la bande et discute successivement les points suivants : quelles bandes employer ? où placer la bande ? comment placer la bande ? comment serrer la bande ? de quelle durée doit être l'application de la bande ?

Contrairement à Bier nous estimons, et ceci est basé sur les faits cliniques et l'expérimentation, que la durée de stase ne doit pas dépasser 7 à 8 heures.

Le troisième chapitre a trait à la méthode de stase dans la tuberculose.

Dans vingt cas de tuberculose nous avons employé la stase.

Sur les vingt cas ainsi traités :

Quatorze étaient des ostéo-arthrites, parmi lesquels :

Cinq paraissent avoir absolument guéri, les autres ont été seulement améliorées.

Six étaient des tuberculoses des parties molles; synovites, etc.

Trois sont guéries (guérison datant d'un an et demi et deux ans), les autres améliorées.

D'une manière générale, on peut conclure :

1° Que la méthode de stase n'aggrave pas la tuberculose ;

2° Mais qu'au contraire elle agit favorablement en :·

calmant les douleurs ;

atténuant la suppuration ;

favorisant la sclérose.

Peut-elle guérir radicalement ?

Evidemment par cette méthode, comme par les autres, comme par la méthode sclérogène de Lannelongue, comme par la seule immobilisation, on peut obtenir des résultats radicaux.

Mais, il faut bien le dire, si les succès dus à cette méthode paraissent être plus nombreux que ceux dus aux autres méthodes non sanglantes, toutefois il ne faut pas se laisser entraîner par les quelques résultats exceptionnels que l'on peut obtenir, et il faut se souvenir que les guérisons sont relativement rares, les améliorations la règle et que toutes deux sont souvent éphémères; aussi croyons-nous qu'il y aurait intérêt, chez tous les malades porteurs de tuberculoses traitables par la stase, à procéder de la manière suivante :

1° Tuberculoses justiciables d'un traitement non sanglant :

Leur appliquer la méthsde :

2° Tuberculoses justiciables d'un traitement palliatif (curettage, résection) :

Appliquer la stase pour scléroser et circonscrire les lésions — puis opérer — traiter ensuite par la stase pour tâcher d'éviter la récidive ;

3° Tuberculoses justiciables d'un traitement chirurgical radical (amputation) :

Essayer la stase quelque temps pour tenter la chance d'un résultat inespéré (Obs. de Chaput, *Société de Chirurgie*, Paris, février 1907. Obs. personnelle d'une tuberculose du tarse).

Dans le chapitre IV nous étudions le rôle de la stase dans les inflammations.

Dans ces cas, la durée de la stase ne doit pas dépasser 8 à

12 heures, il faut très peu serrer ; car ici, il suffit de provoquer l'œdème.

Nous avons employé cette méthode dans les panaris, les lymphangites, les phlegmons, les arthrites gonococciques, les arthrites purulentes.

Dans ces cas elle doit être employée associée au traitement chirurgical, la durée du traitement s'en trouve réduite, les résultats fonctionnels sont meilleurs. *Elle ne convient qu'aux suppurations limitées.*

Dans les chapitres V et VI nous étudions les effets de la stase dans les arthrites traumatiques et les fractures.

Dans les arthrites traumatiques, il semble que ce soit là le triomphe de la méthode ; dans les fractures, elle paraît être un adjuvant utile précipitant la marche des phénomènes réparateurs.

Dans la dernière partie, nous étudions la pathogénie de la méthode de Bier.

Les essais d'explication de l'action de cette méthode sont surtout basées sur des hypothèses.

Quelques expériences ont cependant été faites par Nötzel, Laqueur, Keller; Joseph Bier, réunissant les données de ces différents expérimentateurs, concluait que l'hyperhémie agisait parce qu'elle avait un pouvoir.

bactéricide.
nourrissant.
dissolvant.
résorbant.

Insuffisament satisfait par ces hypofhèses et ces expériences, nous avons eu recours à l'examen hystologique de fongosités recueillies avant et après le traitement, à l'examen du liquide d'œdème, et enfin à l'expérimentation sur les animaux.

Nous avons, chez nos malades, cherché quelles étaient les modifications produites par la stase sur la circulation et nous avons trouvé chez tous une baisse de la tension artérielle dans le membre lié, une élévation dans la circulation générale. Comme l'on sait les rapports qui lient le diapédèse à la baisse

de la tension artérielle, nous avions pensé que, du fait de la stase, il y avait un diapédèse considérable : nous avons donc recueilli chez plusieurs de nos malades, du liquide d'œdème ; dans tous les cas examinés nous avons toujours trouvé de rares leucocytes, de nombreuses hématies.

Le liquide examiné chimiquement était du sérum sanguin transsudé.

Ainsi chez nos malades durant la stase, il ne paraît y avoir qu'exsudation de sérum et qu'issue de globules rouges hors des vaisseaux.

Nous avons pratiqué des examens de bourgeons charnus, avant, pendant et après la stase et nous avons cherché à la pratiquer chez les animaux pour voir ce qui se passait dans l'intimité des tissus.

Comme terrain d'étude, l'oreille du lapin a été choisie et c'est en collaboration avec M. le professeur Sabrazès que nous avons ainsi examiné :

D'abord des oreilles normales non liées ;

Ensuite :

1° Oreilles normales liées (coupées juste après la stase) ;

2° Oreilles vingt-quatre heures après cinq heures de stase ;

3° Oreilles vingt-quatre heures après vingt heures de stase ;

4° Oreilles six heures après vingt heures de stase ;

5° Oreilles quatre heures après quatre heures de stase ;

6° Oreilles vingt heures après cinq heures de stase ;

7° Oreilles huit jours après trois semaines de stase ;

8° Bourgeons charnus avant la stase ;

9° Bourgeons charnus après la stase ;

10° Bourgeons charnus après vingt jours de stase.

Dans tous ces cas, nous avons lié modérément avec un caoutchouc rouge rubané l'oreille de nos lapins.

Les résultats sont très différents suivant que l'on emploie la stase peu de temps ou très longtemps.

Une stase de 24 heures paraît avoir une influence néfaste sur la vitalité des éléments cellulaires, il existe un œdème énorme, la coupe a l'aspect de la boule d'œdème, toutes les

cellules ont un aspect lavé, l'exfoliation épidermique est intense; la tuméfaction trouble est très marquée, le tissu conjonctif est dissocié en tous petits fragments; il y a même, après 24 heures de cessation de la stase, très peu de phénomènes de résorption ou de réparation.

Au contraire, après une stase de 5 à 6 heures, il existe une diapédèse intense et une polifération conjonctive très active.

Enfin, si la stase est continuée pendant plusieurs semaines à doses quotidiennes fractionnées, elle aboutit à la formation *de sclérose hypertrophique jeune* (tissu très vivace).

L'examen des oreilles de nos lapins, des bourgeons charnus prélevés sur nos malades, d'un fragment de synoviale recueilli après une stase prolongée, a abouti aux mêmes constatations.

Nous pouvons donc conclure que la méthode de stase est une méthode sclérogène par excellence.

Voici quelles sont d'ailleurs nos conclusions :

1o On ne doit jamais pratiquer de stase dépassant vingt heures; huit heures paraît être le chiffre optimum;

2o Dans la tuberculose localisée, cette méthode est applicable, elle donne généralement de bons résultats, peut parfois guérir : elle paraît être une excellente méthode sclérogène;

3o Dans les inflammations ses résultats sont très bons et doivent la faire employer en même temps et comme adjuvant du traitement chirurgical ordinaire. La durée du traitement est ainsi fort abrégée;

4o Dans les arthrites traumatiques, elle paraît devoir être une méthode de choix;

5o Pour les fractures, elle sera peut-être un utile adjuvant;

6o Bien maniée, elle n'occasionne jamais d'accidents.

Résultats obtenus en traitant les plaies de guerre sans l'adjuvant d'aucun antiseptique. *Soc. de chirurgie de Paris,* 4 décembre 1918; *Bulletins et Mémoires,* T. XLIXIII, p. 1853-1855.

Cette statistique concerne 195 cas graves de plaies de guerre

traités par l'excision tout simplement des tissus contus et contaminés, excisions sans l'adjuvant d'aucun antiseptique. La suture primitive immédiate a donné de bons résultats, même faite quatre jours après la blessure. La suture retardée également. Ces sutures primitives ont pu être faites suivant un pourcentage de 78 °/₀ de cas non choisis. Elles furent pratiquées même quand la plaie contenait du perfringens et des streptocoques, et cela sans accidents consécutifs. Les sutures retardées furent faites généralement 48 heures après le premier épluchage, en se basant sur l'aspect clinique de la plaie — malgré la présence dans certains cas de perfringens associés à des streptocoques. Un point important à signaler consiste en la pratique de l'excision à nouveau au moment de la suture, des parties de la plaie ayant mauvais aspect.

Plaies sus-aponévrotiques : 25 cas.

Sutures primitives : 25 cas. Succès : 25.

Temps écoulé entre la blessure et l'opération : 3 jours, 1 cas; de 50 à 54 heures, 2 cas; de 40 à 49 heures, 14 cas; de 25 à 35 heures, 5 cas; moins de 24 heures, 3 cas.

Toutes réunies par première intention.

Plaies musculaires : 111 cas.

Sutures primitives : 56 cas. Succès : 56.

Temps écoulé entre la blessure et l'opération : 71 heures, 1 cas; de 40 à 50 heures, 29 cas; de 30 à 39 heures, 14 cas; de 24 à 29 heures, 8 cas; moins de 24 heures, 4 cas.

Sutures primitives retardées : 43 cas. Succès : 39. Échecs totaux : 3. Mort par embolie : 1.

Temps écoulé entre la blessure et le premier épluchage : de 40 à 71 heures, 28 cas; de 24 heures, un seul.

Sutures secondaires : 10 cas. Succès : 9. Échec partiel : 1.

Plaies non suturées : 2 cas.

Plaies osseuses : 24 cas.

Sutures primitives : 14 cas. Succès : 12. Échecs : 2.

Temps écoulé entre la blessure et l'opération : de 40 à 50 heures, 10 cas; de 30 à 39 heures, 4 cas.

Sutures primitives retardées : 5 cas. Succès : 5.

Temps écoulé entre la blessure et l'opération : de la 40me à la 61me heure, 4 cas; à la 32me heure : 1 cas.

Plaies non suturées : 5 cas.

Fractures : 27 cas.

Sutures primitives : 10 cas. Succès : 10.

Temps écoulé entre la blessure et l'opération : 4 jours, 1 cas; 51 heures, 1 cas; de 40 à 50 heures, 7 cas; 31 heures, 1 cas.

Sutures primitives retardées : 17 cas. Succès : 14. Échecs totaux, 2. Échec partiel : 1

Temps écoulé entre la blessure et l'opération : plus de 40 heures, 9 cas; plus de 24 heures, 8 cas.

Plaies articulaires : 8 cas.

Sutures primitives : 3 cas. Succès : 3.

Temps écoulé entre la blessure et l'opération : 45 heures, 1 cas; 28 à 34 heures, 2 cas.

Sutures primitives retardées : 4 cas. Succès : 4.

Suture secondaire : 1 cas. Succès : 1.

Échecs.

Plaies musculaires.

Sutures primitives retardées : 3 cas. Échecs totaux : 1.

Suture secondaire : 1 cas. Échec partiel.

Plaies osseuses.

Sutures primitives : 2 cas. Échecs.

Fractures.

Sutures primitives retardées : 2 cas. Échecs totaux (suture cutanée ayant tenu, trajet fistuleux allant sur l'os).

1 échec partiel (la peau s'étant sphacélée aux points de jonction des lambeaux, mais pas de fistule osseuse).

Plaies non suturées.

7 plaies parmi lesquelles 5 plaies osseuses et 2 plaies musculaires. 9 échecs et 7 plaies non sutnrées; 1 mort par embolie (plaie musculaire).

Résumé.

Plaies traitées : 195. Succès : 178. Échecs : 17.

Par conséquent, 91,33 °/₀ de réunions *per primam*, après suture primitive, suture primitive retardée et suture secondaire.

Fracture itérative de la clavicule (en collaboration avec Gaignerot). *Soc. anatomo-clinique de Bordeaux,* 30 mars 1914. *Gaz. hebdomadaire des Sciences médicales,* n° 16.

Ostéosarcome de l'humérus. *Journal de médecine de Bordeaux,* 1906. *Société d'anatomie de Bordeaux,* 22 janvier 1906.

Eclat d'obus enlevé de la tête humérale par voie transarticulaire, réparation de la perte de substance ostéo-cartilagineuse par une greffe du cartilage costal. *Réunion médico-chirurgicale de la IIIe armée,* octobre 1917.

Le blessé présenté avait récupéré l'intégrité des mouvements du bras. La perte de substance située en plein cartilage articulaire de la tête humérale présentait un centimètre carré de surface et un centimètre de profondeur, elle fut comblée à l'aide d'un cube de cartilage costal façonné et enfoncé à frottement dur dans la cavité.

Arthrite traumatique du coude guérie par la méthode de Bier. *Journal de médecine de Bordeaux,* 9 avril 1906.

Résultat fonctionnel de deux résections du coude. *Soc. de chir. de Paris,* 27 novembre 1918.

Il s'agit de deux anciens blessés présentant une ankylose osseuse du coude.

Tous deux ont subi une opération économique consistant en section de l'ankylose, résection partielle des extrémités osseuses et modelage. Chez l'un une interposition musculaire a été pratiquée. Tous deux ont été mobilisés dès le lendemain de l'opération. Ils ont tous deux récupéré une certaine amplitude de flexion et d'extension et la totalité des mouvements de pronation et de supination.

Retard de consolidation d'une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus traitée avec succès par l'hyperhémie veineuse. *Soc. d'anatomie de Bordeaux,* 2 juillet 1906.

Chute le 19 février 1906, fracture du col chirurgical de l'humérus.

Le 31 mars il y a de la mobilité anormale, de la crépitation osseuse. Mouvements et recherche de la crépitation indolores.

Du 1er au 15 avril traitement par la stase veineuse.

Le 24 avril la consolidation est complète, le cal est volumineux.

Présentation d'un malâde atteint de Pellagre. *Soc. d'anatomie de Bordeaux,* 9 juillet 1906.

Sur un cas de luxation ancienne de l'épaule avec néoformations osseuses et néarthrose. *Soc. anatomique de Bordeaux,* 23 avril 1906.

C'est la description d'un cas de luxation ancienne antéro-interne de l'épaule.

On trouvait une capsule intacte étendue de l'omoplate à la

tête humérale; celle-ci était aplatie transversalement, une cavité glénoïde, nouvelle était creusée aux dépens d'un plateau osseux néoformé sur le col de l'omoplate juste en avant de l'ancienne cavité déshabitée, comblée par des proliférations osseuses, la capsule ne présentait nulle trace de déchirures, elle s'insérait sur le bord antérieur de la nouvelle cavité sur le bord postérieur de l'ancienne. Il semblait agir dans ce cas plutôt d'une subluxation ainsi qu'il résulte des considérations qui suivent la description de la pièce.

Lésion des artères dans les plaies par arrachement.
J. de médecine de Bordeaux, 1908, p. 279; *Soc. anatomique*, 17 février 1908.

Dans ce travail nous avons attiré l'attention sur des lésions produites au niveau des artères dans les plaies par arrachement.

Ce n'est pas sur les lésions du bout périphérique que nous avons voulu attirer l'attention, car elles sont classiques; c'est sur une lésion particulière trouvée dans deux cas. Dans le premier cas il s'agissait d'une artère axillaire, dans le second cas de l'artère tibiale antérieure; toutes deux à la suite d'un violent traumatisme avaient été rupturées par arrachement. La lésion siégeait sur l'artère axillaire à 2 centimètres au-dessus du point rupturé, sur la tibiale, à 1 centimètre au-dessus. Elle consistait, dans les deux cas, en une section circulaire totale des tuniques internes et moyennes, toutes deux recroquevillées en dedans et laissant entre elles un sillon au fond duquel apparaît la tunique externe. Fait intéressant, il semble qu'il y ait un rapport proportionnel entre la hauteur où s'est effectuée la rupture et le calibre de l'artère.

La connaissance de ces lésions paraît avoir une certaine importance, car si elles sont méconnues et qu'une ligature soit placée au-dessous d'elles, l'artère présentant à cet endroit un point faible, des hémorragies secondaires, des dilatations anévrysmales peuvent se produire grâce à elles. D'où le pré-

cepte, dans les plaies par arrachement, de lier l'artère assez haut au-dessus du point rupturé.

Sur un cas de plaie du bulbe carotidien par balle traité par la ligature de la carotide primitive et l'anastomose bout à bout de la carotide externe avec la carotide interne. *Soc. de chirurgie de Paris,* 22 mai 1918.

Les plaies du bulbe carotidien, hormis celles assez petites et assez nettes pour se prêter à la suture ou à la ligature latérale, sont justiciables de la triple ligature portant sur la carotide primitive et ses deux tranches de bifurcation.

En fait, cette triple ligature est, au point de vue de la gravité (accidents cérébraux) l'égale de la ligature de la carotide interne seule. La gravité provient de ce fait que la voie « carotide externe » ne peut être utilisée comme voie de renfort. C'est, on le sait, cette voie qui permet, lors de la ligature de la carotide primitive, et lorsque la vertébrale et les anastomoses intracraniennes sont insuffisantes, le rétablissement de la circulation cérébrale, le courant sanguin se renversant dans la carotide externe et refluant dans la carotide interne.



Fig. 26.

Plaie déchiquetée du bulbe carotidien.

Réfléchissant à ces faits, j'avais théoriquement pensé qu'on pourrait améliorer le pronostic de la triple ligature, ou de la ligature de la carotide interne, si l'on pouvait anastomoser bout à bout le bout périphérique de la carotide externe avec celui de la carotide interne. Ce faisant, la triple ligature, ou la ligature de la carotide interne, se trouverait, au point de vue gravité, devenir l'équivalente de la ligature de la carotide primitive.

Des opérations faites sur le cadavre me montrèrent la possibilité et la facilité relative de l'anastomose de ces deux

vaisseaux. Récemment j'ai eu l'occasion de l'exécuter sur le vivant.

Il s'agissait d'un blessé de guerre qui présentait une plaie

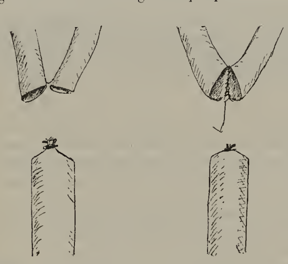


Fig. 27. — Anastomose bout à bout des deux carotides.

étoilée du bulbe carotidien dont la suture était impossible. Ayant fait la ligature basse de la carotide primitive je réséquai la partie supérieure de cette artère et une partie du carrefour carotidien jusqu'au point où l'endothélium vasculaire m'apparut être encore sain. En ce point les deux carotides externes et internes étaient encore en contact et il fut d'autant plus facile de rapprocher leurs deux bouts et de les suturer l'un à l'autre par une suture termino-terminale à un plan (fils de soie stérilisés dans la vaseline). L'inconvénient fut qu'il se produisit une coudure assez accentuée qui dut certainement entraver un peu le cours du sang et qui explique peut-être les manifestations paralytiques ischémiques que présenta l'opéré dès le lende-

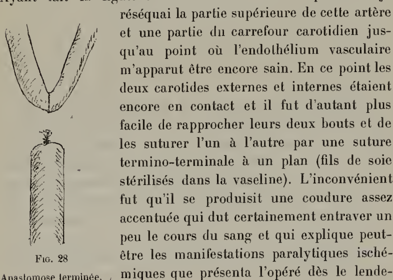


Fig. 28

Anastomose terminée.

main de l'opération. Peut-être ces troubles sont-ils aussi attribuables à la compression par un pansement trop serré au niveau du cou ?

Quoiqu'il en soit, ces phénomènes eurent un caractère transitoire, et quand l'opéré quitta l'hôpital, au bout de six semaines, il ne persistait plus qu'une diminution assez marquée de la force du côté gauche.



Fig. 29. — Suture transversale quand on peut conserver un segment du bulbe carotidien.

Etant donnée la facilité relative de cette anastomose, je crois qu'elle mérite d'être tentée :

1º Dans les plaies du carrefour carotidien capable d'entraîner la triple ligature ;

2º Dans les plaies basses de la carotide interne qui ne peuvent être suturées ;

3º A plus forte raison lorsque la vertébrale est lésée en même temps que le carrefour carotidien ou en même temps que la partie initiale de la carotide interne.

A propos de trois cas de sutures vasculaires. *Soc. de chirurgie de Paris*, 13 novembre 1918.

La première observation a trait à un volumineux projectile ayant déchiré le confluent de la jugulaire interne et de la veine sous-clavière. A l'oblation du projectile, hémorragie, entrée d'air dans les veines, syncope avec le cortège symptomatique classique. Le doigt obture la perte de substance. Que faire ! réséquer manubrium et clavicule pour faire l'hémostase? ou tenter la suture? après la mise en place de pinces

vasculaires et régularisation de la brèche vasculaire (2 cm.) je suture la plaie. Hémostase parfaite, guérison.

Le second blessé présentait un abcès gangréneux gazeux de la cuisse et du creux poplité, blessure datant de streptocoques staphylocoques perfringens. Après épluchage je constate une plaie de l'artère poplité. Tension à la tibiale 0 — au Pachon — hémostase provisoire, épluchage de la plaie artérielle, suture, plaie laissée ouverte. Après la suture de l'artère : T. Mx. 17, T. Mn. 9, suture secondaire de la plaie après épluchage nouveau, au bout de 48 heures. Un mois après, du côté suturé les tensions Mx. et Mn. étaient semblables à celles du côté opposé, fonctions parfaites.

Le troisième blessé avait un broiement de la tibiale postérieure et de la péronière avec plaie de la tibiale antérieure avec abcès gazeux. T. Mx. 0 : après épluchage et ligature de la tibiale et de la péronière, suture de la tibiale antérieure : aussitôt : T. Mx. 15, T. Mn. 12.

Un mois après T. Mx. 15, T. Mn. 11, Oscillation 1/2.

A propos de ces trois cas de sutures vasculaires ayant guéri avec perméabilité des vaisseaux et sans incidents ; sutures vasculaires faites en milieu infecté, je cite des cas analogues que j'ai observé antérieurement et chez lesquels je ne suis pas intervenu par crainte de pratiquer des sutures en milieu infecté, il s'agissait de plaies de la poplité de la fémorale de l'humérale superficielle et profonde : dans presque tous les cas la gangrène par ischémie et l'amputation ont suivi la ligature. Devant les résultats désastreux de la ligature j'avais décidé de tenter désormais la suture, même en milieu infecté.

Les trois essais suivis de succès montrent que l'on a peut-être été jusqu'ici trop timide en matière de sutures artérielles et qu'une thérapeutique plus hardie aurait peut-être sauvé bien des membres.

A propos d'un cas d'inhibition artérielle de l'artère fémorale. *Soc. de chirurgie de Paris*, 13 novembre 1918.

Le blessé de cette observation présentait une plaie par balle de la veine fémorale sans lésions de l'artère. Mais l'artère rétrécie, dure, ne battait pas à ce niveau. Massage; l'artère se dilate et bat normalement. Suture. Je pensais qu'il ne s'agissait là que d'inhibition passagère. Mais le lendemain on ne peut percevoir le pouls à la périphérie. Examen au Pachon T. Mx. 0. Deux mois après la blessure tension au Pachon 0.

Impotence fonctionnelle marquée.

Un autre blessé présente une section partielle du nerf tibial postérieur, et sans lésions apparentes à ce niveau un rétrécissement de la tibiale postérieure.

L'incision exploratrice de l'artère montre un caillot au point rétréci, et l'excision du segment artériel des lésions endothéliales.

Voici donc un cas dans lequel l'artère donnait extérieurement l'aspect d'une artère inhibée et où il y avait cependant des lésions plus sérieuses.

Il est probable que dans la première observation il en était de même.

L'inhibition artérielle peut être dans certains cas purement réflexe, mais dans d'autres cas elle doit avoir comme substratum une lésion endothéliale minime qui détermine peut-être une contracture réflexe. Cette lésion endothéliale n'est pas négligeable. Elle doit exister dans bien des cas et entraîne souvent une oblitération de l'artère.

Quatre cas d'anévrismes artério-veineux traités par l'extirpation totale. Guérison. *Soc. de chirurgie de Paris*, 13 novembre 1918.

Ce sont :

1° Un anévrisme de l'axillaire avec sac englobant le cubital, paralysie disparaissant après l'extirpation du sac ;

2° Un anévrisme de l'artère et veine fémorale superficielle

avec un anévrisme de l'artère et de la veine fémorale profonde, d'où nécessité de l'extirpation du sac commun aux quatre vaisseaux. Guérison, mais avec troubles fonctionnels;

Un anévrisme de l'artère et veine fémorale profonde;

Un anévrisme de l'artère et veine occipitale, véritable varice anévrismale dont le sifflement otait tout repos au blessé qui en était porteur.

Ligne opératoire pour la découverte du nerf radial à sa sortie de la gouttière de torsion et au-dessous du milieu du bras. *J. de médecine de Bordeaux*, 1907.

Dans les traités classiques on ne trouve aucune méthode sûre et précise pour découvrir le nerf radial à sa sortie de la gouttière de torsion et au-dessous du milieu du bras : on ne trouve que des données approximatives, soit dans le livre de MM. Monod et Vanverts ou dans les autres. Une bonne ligne opératoire doit être rigoureusement précise : voici celle que nous avons proposée.

Le bras étant placé contre le tronc, l'avant-bras fléchi à angle droit et maintenu contre l'épigastre, on trace une ligne allant du sommet de l'acromion à l'épicondyle; sur le milieu la ligne indiquée ou au-dessous, incision de six centimètres; on rencontre la peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose, la cloison intermusculaire externe que l'on suit en longeant sa face antérieure; contre l'os on trouve le radial émergeant de sa gouttière.

Quarante fois j'ai fait cette recherche, quarante fois ligne et nerf se superposaient exactement.

Luxation dorsale radio-carpienne avec fracture du radius et arrachement de l'apophyse styloïde du cubitus. *Soc. anatomo-clinique de Bordeaux*, 15 décembre 1919 *J. de médecine de Bordeaux*, 10 mars 1920.

Sur un cas de fracture longitudinale par arrachement du deuxième métacarpien. *J. de médecine de Bordeaux*, juin 1910.

Parmi les fractures des métacarpiens, celles du deuxième sont assez fréquentes ; dans la statistique de Polaillon, portant sur 102 fractures des métacarpiens, il en note :

8 du premier ;
16 du second ;
34 du troisième ;
35 du quatrième ;
9 du cinquième.

C'est une fracture du deuxième métacarpien que nous avons observée. Ce qui en fait l'intérêt, c'est sa rareté ; nous n'avons pu colliger de cas semblables ; c'est non seulement le trait de fracture qui en fait la curiosité, mais bien encore le mécanisme.

Les classiques reconnaissent au niveau des métacarpiens :

1o Des fractures transversales siégeant au tiers moyen ou supérieur ;

2o La fracture d'Astley Cooper ou du col de Malgaigne ;

3o La fracture oblique de haut en bas et d'arrière en avant ;

4o La fracture de Benett ou de la base du premier métacarpien ;

5o La fracture spiroïde de Malgaigne dont il n'existe qu'un seul cas ;

6o La fracture par pénétration.

Quant au mécanisme, les auteurs s'accordaient à penser que les fractures des métacarpiens étaient toujours de cause directe.

Ce sont les travaux de Renault du Motey, de Lansdale et Vidal, qui ont montré la possibilité de fractures de cause indirecte, mais tous ces auteurs pensaient que la fracture avait lieu dans ces cas par exagération de la courbure de l'os.

Barbé, dans sa thèse, affirme lui aussi la possibilité de fractures indirectes ; mais, à la pathogénie de l'exagération

de la courbure normale de l'os, il oppose celle du redressement de la courbure.

Notre cas est peut-être plus complexe ; nous ne pensons pas qu'il s'agisse du redressement de la courbure purement et simplement, car alors la fracture aurait eu lieu vers le

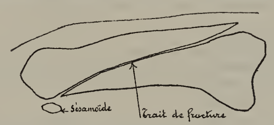


Fig. 30. — Fracture longitudinale du deuxième métacarpien droit.

tiers moyen, elle aurait été transversale ou peu oblique. Nous pensons plutôt qu'il s'agit d'une fracture par arrachement, et ceci pour des raisons étiologiques et anatomiques.

La raison étiologique est que le blessé racontait que la pierre qu'il voulait soutenir reposait par son bord tranchant

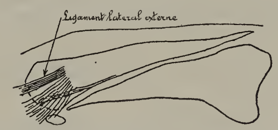


Fig. 31. — Fracture longitudinale du deuxième métacarpien droit.

au niveau de la face palmaire de la phalange propulsant le doigt en hyperextension, et non au niveau de la paume de la main.

La raison anatomique apparaîtra de suite si l'on veut bien se reporter au décalque de la radiographie (fig. 30), où j'ai figuré les ligaments métacarpo-phalangiens. On voit nette-

ment que le trait de fracture commence entre les insertions du ligament latéral externe et les fibres d'insertion du ligament transverse.

Dans le mouvement d'yperextension forcée, le blessé aurait pu être atteint de luxation dorsale, mais les ligaments ont résisté; ils ont arraché l'os qui s'est fendu comme un morceau de bois; le fragment inférieur a été entraîné par les ligaments latéraux; le supérieur maintenu par le ligament transverse.

Le déplacement, comme il était à prévoir, s'est fait suivant la direction de la force traumatisante, c'est-à-dire en haut et en arrière. Il a été maintenu du fait de la tonicité des muscles fléchisseurs et extenseurs, tendant à entraîner en haut la tête du métacarpien, c'est-à-dire tout le fragment inférieur.

De là, la saillie dorsale visible à l'inspection, perceptible à la palpation et gênant le malade légèrement.

Sur un cas de luxation interne de l'index sur son métacarpien. *Progrès médical*, 11 juin 1910.

Rares sont les luxations métacarpo-phalangiennes des doigts; Polaillon n'a pu en retenir que 26 dans son article du *Dictionnaire encyclopédique*.

Les auteurs qui ont étudié la question, Michelot, Polaillon, Stimson, Jalaguier, Fruchaud, Mesnet, Pichon, ne mentionnent que les luxations en avant et en arrière, ils ne parlent pas des luxations latérales; et, en effet, il semble qu'elles soient anatomiquement impossibles, si l'on songe à l'étroitesse des espaces interosseux, aux liens puissants qui réunissent entre elles les têtes des quatre derniers métacarpiens, tout au plus pourrait-on émettre l'hypothèse de luxations latérales pour l'auriculaire et pour l'index, et encore ces luxations sembleraient ne pouvoir être qu'internes pour l'auriculaire, externes pour l'index, et pourtant, c'est bien d'une luxation latérale interne de l'index dont il s'agit, la base de la phalange étant encastrée entre les têtes des deuxième et troisième

métacarpiens : l'examen clinique, la radiographie ci-jointe, le montrent indubitablement.

Fait heureux, la précision du malade dans la manière de raconter son accident nous a permis de saisir le mécanisme

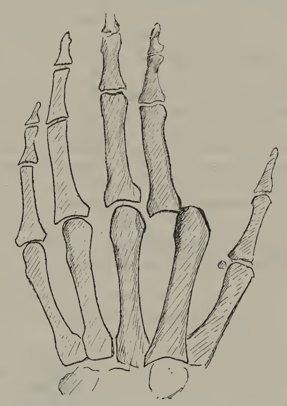


Fig. 32. — Luxation latérale interne de l'index (Décalque de la radiographie présentée à la Société d'anatomie de Bordeaux, le 2 mars 1910).

d'une telle lésion, et nous a permis de la reproduire sur le cadavre.

Cette luxation est due à un traumatisme direct; dans la chute, la main était en pronation forcée, pouce en abduction maxima, c'est le bord radial de la partie externe de la face palmaire de la phalange qui a heurté le rebord de la marche d'escalier : que se passe-t-il si, dans une telle attitude,

si on applique le bord radial de son index sur le bord d'une table par exemple ? On voit nettement que l'index tend à être repoussé vers le médius en même temps qu'il subit une torsion d'avant en arrière et de dehors en dedans ; de plus il tend à faire avec son métacarpien un angle à sommet dirigé en dehors, par conséquent par ce seul mouvement le ligament latéral externe se trouve distendu.

Mais il y a plus : dans une telle attitude c'est le deuxième métacarpien qui supporte tout le poids du corps et sa tête tend à s'échapper par la partie externe de l'articulation.

En résumé, tiraillement du ligament latéral externe, par abduction et rotation de l'index, encore augmentée par la pression de la tête métacarpienne sur la face interne de ligament.

Si le ligament latéral externe vient à céder, la tête trouera facilement la capsule et le ligament glénoïdien ; sous l'influence des forces continuant à agir dans les mêmes directions, l'index viendra se coller au médius et à la face externe de la tête de son métacarpien, repoussant cet os en dedans.

Le deuxième métacarpien, n'ayant plus de brides le retenant en dehors, a vite raison du ligament transverse qui l'unit à la tête du troisième métacarpien, d'autant plus que ce ligament a trouvé à résister à deux forces contraires, le troisième métacarpien le tiraillant en dedans, le deuxième en dehors ; sitôt ce ligament rompu, le deuxième métacarpien, libre d'entraves antérieures, s'écarte de son congénère interne et permet l'enclavement de la base de la phalange.

Le mécanisme semble donc être le suivant :

1° Adduction et rotation de l'index sur son axe ;

2° Rupture du ligament latéral externe ;

3° Issue de la tête métacarpienne à travers la capsule ;

4° Rupture du ligament transverse.

Par l'étude expérimentale sur le cadavre, nous avons pu une fois reproduire la luxation après de multiples tentatives.

Pendant qu'un aide maintenait avec un davier le deuxième métacarpien en essayant de l'entraîner en bas et en dehors,

j'imprimais à l'index un mouvement d'extension, de rotation en dedans et d'adduction.

Voici les lésions alors constatées :

Le ligament glénoïdien est désinséré de toute la face palmaire du deuxième métacarpien.

Le ligament latéral externe est rompu.

Le ligament latéral interne est conservé.

Le ligament glénoïdien, toujours inséré à la phalange, flotte à la région palmaire.

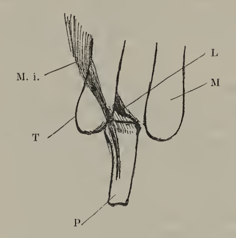


Fig. 33. — État des parties luxées (luxation expérimentale).

L, ligament latéral interne intact ; M, 3me métacarpien ; M. i., muscle interosseux dorsal ; T, tête du 2me métacarpien ; P, phalange de l'index.

Le tendon du premier interosseux dorsal non rompu passe sur le dos du métacarpien de sorte que la tête de cet os fait saillie à travers une boutonnière dont la lèvre supérieure est formée par le tendon du premier interosseux dorsal, la lèvre inférieure par les tendons fléchisseurs.

Le deuxième métacarpien est séparé du troisième.

La base de la phalange de l'index, ayant subi une torsion de bas en haut et de dehors en dedans de 45° environ, se trouve enclavée entre les deux métacarpiens ; son tubercule

externe est arrêté dans la gouttière interne très nette que présente la tête du deuxième métacarpien.

La base de la phalange ne peut être repoussée plus en arrière dans l'espace interosseux, le ligament latéral interne s'y opposant.

Des recherches effectuées dans la littérature médicale ne nous ont pas permis de trouver un cas semblable. Seule, une observation de Jalaguier publiée dans les *Archives de Médecine* de 1886, t. I, paraît se rapprocher de notre observation, mais en diffère par bien des points; il s'agissait d'une *luxation dorsale interne*.

Pour réduire la luxation dorsale complexe qu'il a observée, Jalaguier a dû recourir à la méthode sanglante (section du ligament glénoïdien) après avoir en vain tenté le procédé de refoulement non sanglant du dit ligament par le procédé de Farabeuf.

Chez notre malade, la traction dans l'axe du doigt, aidée par le refoulement en dedans de la tête du métacarpien, a suffi pour amener la réduction.

Ce simple fait à lui seul suffirait pour démontrer la nature particulière de cette luxation, car la réduction d'une luxation dorsale complexe par une telle manœuvre ne peut se concevoir, le ligament glénoïdien formant, dit Farabœuf, une barrière infranchissable à la réduction.

Au contraire dans le cas d'une luxation interne — et par là je n'entends pas parler d'une luxation dorsale interne (telle celle de Jalaguier) mais bien d'une luxation franchement latérale — la réduction par la manœuvre simple ci-dessus indiquée se conçoit aisément.

La capsule et les ligaments externes sont largement rompus, le ligament glénoïdien flotte à la face palmaire de la phalange; du côté interne il est toujours fixé au ligament transverse : le côté externe de la base de la phalange touche le côté interne de la tête du métacarpien ; que se passe-t-il si on vient à tirer dans l'axe et à refouler le métacarpien en dedans ?

La tête du métacarpien viendra s'offrir à la large déchirure capsulaire externe, le ligament glénoïdien flottant à la face palmaire de la phalange ne pourra s'interposer et la coaptation des surfaces articulaires se fera sans difficulté.

Somme toute, il n'y aura qu'à suivre avec le côté externe de la phalange les sinuosités de la tête métacarpienne.

La division classique des luxations de l'index en luxation en avant, en luxation dorsale, est insuffisante.

Il faut y ajouter des luxations latérales.

Non seulement au point de vue clinique cette division s'impose, mais encore au point de vue thérapeutique et anatomo-pathologique : vu leur mécanisme, les lésions fibreuses et la situation des parties luxées. Il n'existe pas de causes *d'irréductibilité primitive*, et la réduction doit toujours pouvoir s'obtenir par une manœuvre simple consistant en traction dans l'axe et refoulement.

Luxation en arrière de la phalangine du médius. *Soc. anatomo-clinique de Bordeaux*, 1er décembre 1919.

Lipome périostique de la pulpe de l'index. *Soc. d'anatomie de Bordeaux,* mai 1910.

La rareté de cette tumeur pourrait, à elle seule, en faire l'intérêt, mais elle présentait encore une particularité en dehors de l'erreur de diagnostic dont elle fut cause : c'est qu'elle présentait un pédicule la rattachant aux tissus périostiques de la phalangette de l'index, il s'agit d'un lipome périostique.

Syphilis du deuxième métacarpien. *Soc. d'anatomie,* mars 1910.

Un trajet fistuleux, l'ouverture de l'articulation métacarpo-phalangienne nécessitèrent la résection de la tête du deuxième métacarpien.

Trois résections pour doigts ankylosés. *J. de médecine de Bordeaux,* 25 janvier 1919.

Généralement en présence d'un doigt ankylosé on respecte l'ankylose, ou si le doigt est gênant on l'ampute.

Or il y a mieux à faire comme le montrent les 3 cas suivants : La résection orthopédique est indiquée si les tendons sont intacts ou peuvent être restaurés : l'état anatomique des tendons ne peut être connu qu'après vérification après incision exploratrice. C'est la conduite que je préconise avant de se décider à amputer. Dans trois cas j'ai pu obtenir par résection de l'articulation ankylosée une mobilité complète des doigts ankylosés.

La première observation a trait à un homme de 32 ans, présentant une ankylose en extension de l'index droit chevauchant le médius. Au moment d'amputer ce doigt, une incision exploratrice montre l'intégrité des tendons. Résection de l'articulation phalango-phalanginienne ; modelage des surfaces articulaires.

Le doigt a récupéré l'intégrité de ses mouvements.

Le second cas ainsi traité, est le médius d'un charpentier, ce doigt était en extension (ankylose osseuse) et chevauchait l'annulaire. Résection de l'articulation phalango-phalanginienne. Récupération des mouvements.

Le troisième cas concerne un sergent amputé des deux jambes et ayant subi l'amputation de l'annulaire de la main droite : son médius était ankylosé en extension et dévié en dedans, de sorte qu'il ne pouvait tenir la plume ou le crayon qu'avec le pouce et l'index. Étant dessinateur il réclamait une intervention. Résection de l'articulation métacarpo-phalangienne ankylosée, modelage des surfaces.

Récupération totale des fonctions du médius.

MEMBRE INFÉRIEUR

Ostéome du fascia lata. *Soc. d'anatomie de Bordeaux,* 2 juillet 1906 ; *J. de médecine,* 1906.

C'est un fait rare, puisque dans la littérature nous n'avons pas trouvé signalés d'ostéomes du fascia lata, il est survenu consécutivement à une rupture du fascia lata dans un effort. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait bien d'un ostéome ; il semble que d ns ce cas on ne puisse invoquer l'arrachement périostique vu le siège de l'ostéome, mais qu'on doive chercher à expliquer plutôt par la théorie de la myosite ossifiante.

Présentation d'un malade atteint d'ostéo-sarcome du fémur. *Soc. d'anatomie de Bordeaux,* 2 juillet 1906.

Coxa vara double de l'adolescence. *Soc. anatomo-clinique de Bordeaux,* 22 décembre 1919.

Tuberculose du tarse avec trajets fistuleux. Guérison par la méthode de Bier, maintenue au bout d'un an. *J. de médecine de Bordeaux,* 1906.

Il s'agit d'un malade âgé de 53 ans présentant une tuberculose du tarse avec trajets fistuleux multiples conduisant sur des surfaces osseuses dénudées. Les gaines tendineuses sont envahies, tous les os du tarse sauf le calcanéum paraissent atteints.

L'amputation paraît le seul traitement possible vu l'étendue des lésions. Malgré tout on tente l'emploi de la méthode de Bier.

Au bout de 4 mois 1/2 de traitement, le 5 mai 1906, il

n'existe plus un seul trajet fistuleux, les fongosités ont disparu. Le malade est présenté le 14 mai à la Société d'anatomie, il peut marcher. Revu en mai 1907, la guérison se maintenait intégrale.

Le lipome arborescent du genou (synovite chronique polypiforme fibro-adipeuse) (en collaboration avec M. Edg. Dubourg, interne des hôpitaux de Bordeaux). *Archives générales de chirurgie*, mars, avril, mai 1913.

Dans ce mémoire nous étudions cette curieuse affection des synoviales et en particulier de celle du genou qui a reçu de Müller le nom de « Lipome arborescent ».

En compulsant les observations nous avons été amenés à lire à peu près tout ce qui a été publié au sujet des végétations graisseuses endosynoviales, et du tissu graisseux périsynovial. Nous avons pu nous rendre compte que bien des affections de genou décrites sous des noms spéciaux, et considérées par les auteurs comme distinctes les unes des autres ou du lipome arborescent ne constituaient, en réalité, que les formes cliniques d'une même lésion.

Qu'il s'agisse de ce que Müller a dénommé *lipome arborescent*, Schüller, Buckley, etc., *arthrites villeuses,* Volkmann *lipome solitaire du genou*, Hoffa *hyperplasia fibrosa inflammatoria,* Abbott *hypertrophie simple des franges synoviales,* Lockwood *franges enflammées*, Passagi *gonadipartrita troumatica cronica ;* l'étiologie et l'évolution sont semblables, la même thérapeutique est applicable avec même succès, l'aspect macroscopique est toujours identique, les altérations histologiques exactement superposables.

C'est l'anatomie pathologique qui constitue le trait d'union de ces manifestations cliniques. C'est sur elle et sur l'évolution que nous nous basons pour proposer le terme général de *synovite chronique polypiforme fibro-adipeuse*.

Sous ce nom nous décrivons une affection de la synoviale du genou caractérisée au point de vue clinique par *la lenteur*

de son évolution, au point de vue anatomo-pathologique par *l'intégrité des cartilages et des os, et par la présence à la face interne de la synoviale de saillies soit uniques, soit multiples, soit généralisées ou localisées, soit grosses ou petites, de couleur le plus souvent jaune rougeâtre, et dont la structure fibro-adipeuse, l'hypervascularisation et les signes d'inflammation chronique sont les principales caractéristiques histologiques.*

Cliniquement il existe trois formes à décrire :

1° La forme diffuse mono-articulaire (lipome arborescent, mono-arthrite villeuse) ;

2° La forme diffuse polyarticulaire (polyarthrite villeuse de Schüller, lipomes arborescents multiples de Sattwosky) ;

3° La forme circonscrite décrite sous les noms de :

Lipome solitaire ;

Hyperplasie de Hoffa ;

Hypertrophie simple des franges ;

Franges enflammées ;

Ganadipartrita traumatica chronica.

Parmi les documents épars dans la littérature médicale, nous n'avons retenu que les observations typiques et celles basées sur un examen histologique.

Notre étude repose donc sur l'examen minutieux d'un cas personnel et sur 75 observations pour l'étude desquelles nous nous sommes toujours reporté au texte original.

Dans un premier chapitre nous faisons un court historique : le premier cas a été publié en 1798, la première opération pratiquée en 1882 par Trendelenburg. Ce sont surtout les Allemands, les Russes et les Américains qui ont étudié la forme diffuse (lipome arborescent). Les Américains, les Allemands, la forme circonscrite. En France on ne rencontre que quelques observations isolées, souvent sans examen histologique.

La description anatomo-pathologique de la forme diffuse est faite en grande partie d'après notre observation. Les figures ci-jointes montreront mieux que ne le ferait n'importe quelle description l'aspect macroscopique de la lésion. Ces

végétations de volume variable, parfois du volume d'une cerise, sont de couleur jaune chamois, leur surface est lisse, sillonnée de fins vaisseaux, par endroits elles sont infiltrées de sang (fig. 34 et 35).

La capsule est très épaissie, fibreuse, dure, parsemée de foyers hémorragiques.

Dans la forme circonscrite, ou bien l'inflammation est sous-synoviale, ou bien des prolongements poussent dans l'articulation, et dans ce dernier cas l'aspect macroscopique est le même que dans la variété diffuse, comme on peut s'en



Fig. 34. — Lipome arborescent du genou (un fragment de la synoviale).

rendre compte par l'examen des figures ci-jointes et par leur comparaison avec les deux précédentes. Ces végétations localisées peuvent siéger en tous les points de la synoviale, mais leur siège de prédilection est le voisinage de l'interligne articulaire. C'est d'ailleurs là qu'elles prédominent dans la forme diffuse. Entre la forme diffuse et circonscrite on trouve tous les intermédiaires (fig. 36 et 37).

L'examen histologique (1) des variétés diffuse et circonscrite est exactement superposable : notre description et celle de Hoffa, Stieda, etc., concordent : villosités petites à axe

(1) Nous remercions ici M. le Professeur Sabrazès et M. le Dr Muratet, chef des travaux d'anatomie pathologique de la Faculté de Bordeaux, des conseils qu'ils nous ont donnés pour l'interprétation de nos préparations.

fibreux, grosses à axe graisseux ; à la périphérie de la villosité endothélium et couche inflammatoire avec infiltration de pigment ocre qui donne à la villosité ou au paquet adipeux sa coloration particulière. Vaisseaux sanguins nombreux, dilatés ou atrésiés, enflammés. Nodules inflammatoires périvasculaires, nodules inflammatoires périphériques, ou disposés

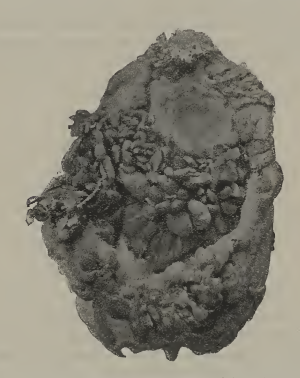


Fig. 35. — Lipome arborescent (synovite polyforme diffuse) (d'après Stieda).

çà et là autour des lobules adipeux prenant parfois l'aspect de nodules tuberculeux (fig. 38).

Dans notre cas il existait des cellules géantes très particulières, contenant des amas de *substance colloïde*, des hématies en voie de désintégration, *mais jamais de matière caséeuse*.

Ces cellules géantes sont parfois énormes, renfermant 20, 30, 50 noyaux et plus, autour d'elles il existe des cellules

plasmatiques, mais en aucun point on ne reconnaît la structure du tubercule typique. Ces cellules géantes s'édifient aux dépens des cellules adipeuses ; entre ces deux formations

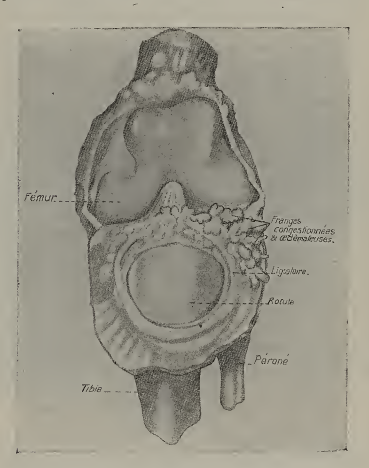


Fig. 36. — Synovite polypiforme (variété circonscrite) (détail des lésions).

extrêmes, il existe tous les stades de passage. Nous n'avons dans notre cas trouvé aucun microbe ni bacille (fig. 39).

En ce qui concerne l'étiologie on rencontre cette synovite surtout à l'âge adulte, plus fréquemment chez l'homme que chez la femme.

Le traumatisme, cause déterminante pour certains auteurs, manque dans 50 °/₀ des cas environ : pour nous il n'est que révélateur d'une lésion jusque-là latente, il l'aggrave parfois, et peut expliquer sa localisation en certains points.

Le lipome arborescent n'est pas une *tumeur*, c'est une *lésion inflammatoire chronique*. Est-elle banale ou spécifique ?

L'opinion française et russe est qu'il s'agit d'une lésion



Fig. 37. — Synovite polypiforme (variété circonscrite) (vue d'ensemble) (d'après Flint).

tuberculeuse ; la plupart des auteurs allemands considèrent la tuberculose comme une coïncidence ou une complication, sans nier toutefois la possibilité de l'origine bacillaire. Les Américains font à la tuberculose une toute petite place dans l'étiologie de cette synovite.

Rhumatisme, infections banales, intoxications, traumatismes, syphilis, tuberculose parfois, voilà pour eux les principales causes.

Nous ne pensons pas qu'il faille rapporter à la tuberculose

tous les cas de lipomes arborescents, dans lesquels on a rencontré des cellules géantes, sans trouver de bacilles de Koch ou sans pratiquer d'inoculation aux animaux.

D'abord il est admis aujourd'hui que la cellule géante n'est nullement la signature spécifique de la tuberculose, et nous



Fig. 38. — Aspect d'ensemble de la lésion (18 D).

A. Frange coupée perpendiculairement à son grand axe ; le tissu graisseux est entouré d'une bande tissu conjonctif bourré de pigment ocre. — B. Capsule ; — en *a*, cellules géantes.

pensons notamment que dans notre cas les cellules géantes sont *uniquement le résultat de processus macrophagiques intenses suscités par l'abondance des déchets hémorragiques.*

Quant au caséum décrit par certains auteurs, ils ont pu prendre comme tel à un examen superficiel la substance colloïde.

La plupart des travaux qui ont contribué à faire admettre la nature tuberculeuse du lipome arborescent n'apportent comme argument en faveur de cette opinion que la constatation de cellules géantes *sans études histologiques ou bactériologiques complémentaires ;* et dans certains cas où ces études ont été faites (Legueu, Levison) leur résultat a été négatif !

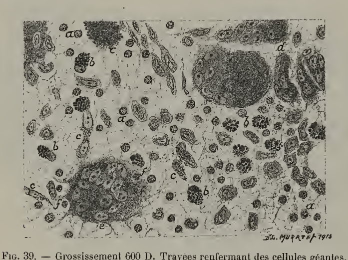


Fig. 39. — Grossissement 600 D. Travées renfermant des cellules géantes.

a) cellules lymphocytoïdes ; *b)* cellules macrophagiques bourrées de pigment ferrique ; *c)* cellules renfermant des débris hématiques en fines granulations colorées en rouge par la fuchsine ; *d)* cellules géantes dans lesquelles on voit en plus foncé une subtance colloïde colorée en rouge par le Ziehl, en jaune par le Van Gieson-Curtis ; *e)* cellules géantes dont les prolongements entourent les globules rouges *(f)* encore intacts.

Nous croyons pour l'instant que cette synovite végétante est le résultat d'une inflammation chronique à point de départ vasculaire. Cette inflammation chronique aggravée par le traumatisme, est-elle banale ou spécifique ? C'est aux études ultérieures scientifiquement conduites qu'il appartiendra de déterminer la part respective de chacune d'elles.

La symptomatologie du lipome arborescent est à peu près identique, qu'il s'agisse de la forme diffuse ou de la forme circonscrite. Seuls les symptômes physiques et quelques

signes fonctionnels diffèrent suivant la localisation des végétations fibro-graisseuses.

L'affection a une évolution chronique entrecoupée d'accidents aigus (hydarthrose) qui reproduisent le tableau clinique d'un corps étranger.

Localement dans la forme diffuse l'articulation est tuméfiée, bosselée, indolente, on palpe des masses molles ou dures crépitant sous les doigts comme de la neige, des grains riziformes, ou une épiplocèle enflammée chroniquement.

Dans la forme circonscrite, mêmes sensations, mais localisées aux points occupés par la végétation.

Entre les formes diffuses et circonscrites il existe tous les intermédiaires possibles.

L'affection est parfois d'emblée diffuse.

Elle peut être circonscrite au début et le demeurer.

La forme circonscrite peut devenir diffuse.

Les principales caractéristiques cliniques de cette synovite chronique sont : *son évolution lente, son indolence relative, la conservation des mouvements, l'intégrité des extrémités osseuses, l'intégrité de l'état général.*

Le diagnostic est possible, il a été porté quelquefois.

On peut surtout commettre des erreurs en confondant cette synovite avec la tuberculose synoviale, la syphilis articulaire, l'hydarthrose chronique, l'arthrite déformante, le sarcome des synoviales.

Les éléments capitaux du diagnostic résident surtout dans la longue durée de l'affection, les contrastes entre les altérations grossières dont l'articulation paraît atteinte et la liberté relative des mouvements passifs et actifs, les contrastes entre l'intensité des douleurs dans la marche, et leur cessation brusque dans le repos, l'intégrité du squelette, et les sensations particulières recueillies par le palper. Le diagnostic repose plutôt sur un ensemble de contrastes apparaissant au cours de l'évolution, ou existant parmi les signes plutôt que sur un faisceau de symptômes positifs nettement différentiels. Il faut y penser.

Le *traitement* consiste à pratiquer la synovectomie totale ou partielle. La résection est hors de proportion avec l'étendue et la nature du mal. Le but que doit rechercher le chirurgien est la *restitutio ad integrum :* or la résection ne peut la donner.

Par la synovectomie les résultats opératoires immédiats ont été excellents. Quelques résultats à distance, un ou deux ans et davantage, sont connus : certains malades avant l'opération ne marchaient qu'avec des béquilles, ou ne pouvaient se remuer ; après l'opération ils ont récupéré l'intégrité fonctionnelle de leur membre inférieur. D'autres ont été guéris par ankylose. Aucun n'a récidivé.

Nous espérons par cette étude avoir démontré la proposition que nous avancions au début de ce travail : à savoir que ces trois affections (lipome arborescent, maladie de Hoffa, polyarthrite villeuse) ne sont que trois formes cliniques d'une seule et même lésion qui mérite bien le nom de « synovite chronique polypiforme fibro-adipeuse ». Nous serions heureux d'avoir pu attirer l'attention sur une affection peut-être plus fréquente qu'on ne le pense, dont la véritable cause demande pour être élucidée définitivement de nouvelles recherches minutieusement conduites, mais qui est déjà susceptible pourvu qu'on ne la méconnaisse pas de donner au point de vue thérapeutique toute satisfaction aux malades et aux chirurgiens.

Luxation et déchirure d'un cartilage semi-lunaire arthrite chronique. Miniscectomie. Guérison. *Soc. anatomo-clinique de Bordeaux,* 15 mars 1920.

Sur le traitement des cavités osseuses, suite d'ostéomyélite traumatique. *Rev. de chirurgie,* janvier, février 1919, n°s 1, 2.

Les 56 observations de ce travail ont été recueillies de juillet 1915 à octobre 1916. A cette époque n'avaient été

publiés que quelques cas d'obturation de cavités osseuses par lambeau musculaire pédiculé.

Plutôt que de réséquer après évidement complet les rebords des gouttières ou une paroi de cavité osseuse, il nous a paru préférable, dans certains cas, de combler la cavité avec des tissus vivants : périoste, tissu graisseux, muscle.

Nous avons d'abord essayé l'emploi de lambeaux de tissus complètement détachés de leurs connexions vasculaires. Les bons résultats ont été exceptionnels parce que la cavité osseuse, quoiqu'on fasse, est toujours septique, et cette greffe, privée de sa vascularisation, partant de ses moyens de défense, s'infecte et s'élimine progressivement tout comme un mastic.

Si pour obturer les cavités osseuses on utilise des parties molles demeurant rattachées à leur région d'origine par un pédicule suffisamment large pour assurer leur vitalité, les résultats sont excellents. Ces parties molles enfoncées dans la cavité assurent mécaniquement et chimiquement (muscle) l'hémostase. Elles se défendent contre l'infection légère qui les attaque, et concourent à l'auto-stérilisation de la paroi osseuse par un mécanisme semblable à celui qui se produit lorsqu'on a suturé primitivement après épluchage une plaie récente, ou secondairement une plaie primitivement infectée.

Nous n'avons fait qu'appliquer en la modifiant la méthode de l'affaissement des parties molles, mais au lieu de réséquer des parties d'os en quantité exagérée, nous bornons le dégât osseux au minimum, et obturons la cavité avec des parties molles mobilisées et pédiculisées.

Voici la technique employée :

1o L'os est abordé par sa face chirurgicale, même si la fistule siège ailleurs ;

2o Evidement osseux minutieux et tamponnement ;

3o Excision de tous les tissus fibreux irradiant autour de la fistule et hémostase parfaite ;

4o Désinfection de la cavité à l'air chaud ;

5o Taille d'un lambeau de parties molles (muscle de préfé-

rence) dont le pédicule sera contigu à la cavité, lambeau rabattu et invaginé dans la cavité de manière à la remplir complètement. Fixation du lambeau dans sa nouvelle position ;

6° Réunion complète des parties molles avec ou sans drainage pendant 48 heures.

Cette méthode ne peut être appliquée qu'à certains os, ceux au voisinage desquels il y a assez d'étoffe pour tailler un lambeau, ceux qui possèdent des cavités assez volumineuses et dont la résection de toute une paroi entraînerait une perte de substance trop considérable.

Elle convient aux cavités anciennes ou récentes relativement peu infectées, les meilleurs résultats étant fournis par les cavités à parois éburnées, les plus mauvais par les ostéites molles rougeâtres. Il y a là une affaire de flair, de sens clinique qui permet à la vue de la cavité, à la sensation que l'on éprouve en pratiquant l'évidement, de prévoir le résultat que l'on obtiendra et de savoir s'il est préférable de fermer la cavité séance tenante ou de la laisser ouverte pour l'obturer secondairement au moment opportun.

Donc, ou obturation immédiate des cavités cliniquement favorables ;

Ou obturation en deux temps pour les cavités trop infectées.

Sur 311 cas d'ostéites (mises à part les ostéites craniennes, du pied et de la main) :

35 cas trop récents n'ont pu être opérés ;

115 cas ont conduit à des résections du segment osseux malade ;

42 cas ne présentaient pas de cavités osseuses ;

119 ostéites présentaient des cavités parmi lesquelles :

37 ont été traités par le tamponnement ;

19 par l'affaissement des parties molles ;

5 par le plombage iodoformé (cavités toutes petites) ;

53 par l'obturation à l'aide de parties molles pédiculées ;

5 avaient été préparées après évidement pour être fermées.

Temps nécessaire à la cicatrisation :

Méthode du tamponnement : 37 cas.

Résultats inconnus : 10 cas.

Cicatrisé en un mois : 1 (humérus).

Cicatrisés en deux mois : 5 (cubitus, humérus iliaque, sacrum, radius).

Cicatrisés en trois mois : 3 (2 cubitus, 1 humérus).

Cicatrisés en quatre mois : 5 (1 humérus, 3 tibias, 1 fémur).

Cicatrisés en cinq mois : 3 (1 humérus, 1 tibia, 1 fémur).

Cicatrisés en six mois : 4 (3 fémurs, 1 humérus).

Encore fistuleux après six mois (4 fémurs, 2 tibias).

Cavités traitées par l'affaissement des parties molles : temps de cicatrisation :

Cicatrisés en un mois : 8 (clavicule, 4 omoplates, 2 humérus, 1 fémur diaphyse).

Cicatrisés en deux mois : 7 (clavicules, humérus, cubitus, 2 iliaques, 2 tibias diaphyse).

Cicatrisés en trois mois : 2 (1 clavicule, iliaque).

Échecs : 2 (tibia, fémur).

Parmi les cavités traitées par l'obturation immédiate à l'aide de lambeaux pédiculés, voici le temps qui fut nécessaire à la cicatrisation :

Cicatrisés *per primam* : 12 (humérus 7, sacrum ou iliaque 2, fémur 1, tibia 2).

Cicatrisés en un mois : 26 (humérus 6, tibia épiphyse 4, fémur 5, bassin 6, tibia diaphyse 5).

Cicatrisés en six semaines : 3 (humérus 1, sacrum 2).

Cicatrisés en deux mois : 4 (sacrum 2, tibia 2).

Échecs : 8 (humérus 1, tibia diaphyse 2, tibia épiphyse 2, fémur diaphyse 1, fémur condyle 2).

Plombage iodoformé : 5. — Échec : 3 ; guéri *per primam* 2 (ces cas sont tout à fait exceptionnels, les cavités étant toutes petites).

Si on jette un coup d'œil sur le relevé ci-dessus, on voit que dans la plupart des cas la cicatrisation a été obtenue au bout d'un mois, un mois et demi, et que de même qu'avec

la méthode du tamponnement les meilleurs résultats sont fournis, à gravité égale de lésions, autant que cliniquement on puisse s'en rendre compte :

1° Par l'humérus ;

2° Par le sacrum et l'os iliaque ;

3° Par le tibia ;

4° Les plus mauvais résultats étant donnés par le fémur, le condyle paraissant constituer le terrain le moins propice à une guérison bonne et rapide, quel que soit le procédé employé.

Parmi les 53 opérés par l'invagination de lambeaux musculaires la cicatrisation se maintenait en juin 1918 chez 25 ; chez deux la cicatrisation s'était maintenue 2 et 4 mois (le second a été tué) ; quatre ont présenté une récidive (greffe libre 1, éclat d'obus non enlevé 3). Les autres blessés n'ont pu être suivis.

En somme, rapidité de la cicatrisation, économie de tissu osseux, cicatrice non adhérente, bons résultats éloignés, tels sont les avantages que nous paraît présenter cette manière de faire, et voilà pourquoi nous la préconisons, sans vouloir prétendre guérir définitivement une ostéite car nous savons trop quelles désagréables surprises peut réserver à celui qui en est porteur une ostéite, même cicatrisée depuis longtemps.

ADDENDUM

Dégénérescence néoplasique d'un ganglion dorsal dans un cas de cancer du sein. *Soc. anatomo-clinique de Bordeaux,* 18 avril 1920.

En 1907, à deux reprises différentes, j'ai attiré l'attention sur l'existence de ganglions lymphatiques dorsaux situés au niveau des angles latéraux de l'aponévrose du trapèze, et j'ai décrit leur situation, leurs troncs efférents et afférents.

Je signalais à cette époque l'intérêt de leur existence, certaines tumeurs, certains abcès devant être rapportés à la dégénérescence ou à l'inflammation de ces ganglions.

Je viens d'avoir l'occasion d'observer la dégénérescence néoplasique d'un de ces ganglions envahi par voie rétrograde dans un cas de cancer du sein.

La tumeur enlevée, l'examen histologique pratiqué par le Dr Nadal a montré qu'il s'agissait bien d'un ganglion néoplasique.

Cette observation constitue, si je ne m'abuse, la première observation publiée d'adénopathie dorsale.

Deux cas de disposition anormale de l'appareil iléocœcal et de l'appendice. *Soc. anatomo-clinique de Bordeaux,* 18 janvier 1920.

La première observation a trait à un homme de quarante ans entré à l'hôpital pour entérite et douleurs abdominales. Le 6 juin 1916, il est opéré pour appendicite.

Incision de Roux. Malgré les recherches les plus minutieuses, je ne puis arriver à trouver le cœcum.

Laparotomie médiane : la fosse iliaque interne est déshabitée par le cœcum dont le fond ne dépasse pas la crête iliaque.

La dernière anse grêle est fixée par sa face gauche contre le péritoine pariétal postérieur, l'adhérence commence au niveau des vaisseaux iliaques primitifs; de là l'anse descend en décrivant une courbe à concavité supérieure vers l'arcade crurale, puis elle remonte vers l'épine iliaque et finalement vient se jeter dans le flanc externe du cœcum après avoir décrit une circonférence presque complète. Cette anse reçoit ses vaisseaux par sa concavité; le mésentère a été comme étalé et fixé par sa face gauche contre la fosse iliaque : un mince liséré blanchâtre sur le bord libre montre la ligne d'accollement entre le péritoine viscéral et pariétal. Le cœcum très long, conoïde, dessine une courbe à concavité supérieure dirigée de gauche à droite, concentrique à la courbe décrite par l'anse grêle, il est terminé par l'appendice accolé au côté externe du colon ascendant. A sa partie supérieure, cet appendice forme une crosse à concavité inférieure : il est relié par un méso vasculaire à la face inférieure du foie et de la vésicule biliaire.

Cet appendice est croisé transversalement sur sa face antérieure par la dernière anse grêle au moment où elle va s'aboucher dans le cœcum. A ce niveau, il est appliqué contre la paroi postérieure : on voit donc sa partie initiale et sa partie terminale, le milieu est masqué par le grêle.

Au-dessus du grêle, l'appendice accolé au colon est flottant comme ce dernier organe. Cette portion du gros intestin est munie d'un méso très nettement individualisé qui permet même de l'extérioriser par la ligne médiane.

Pour enlever l'appendice, il a fallu décoller l'anse grêle et la rabattre en dedans.

La deuxième observation se rapporte à une femme opérée en janvier 1920 pour annexite et appendicite.

Là encore, j'ai rencontré une anomalie tout à fait semblable à la précédente : le grêle, après avoir décrit une courbe à

concavité supérieure au-dessous du cœcum, s'ouvrait dans son flanc externe. Mais ici le cœcum occupait la fosse iliaque et l'anse grêle n'était pas fixée contre le péritoine postérieur. Sa convexité externe au-dessus de l'épine iliaque était fixée seule au péritoine pariétal par un méso oblique de haut en bas et de dehors en dedans, translucide, sillonné de vaisseaux, en tout semblable à la membrane de Jackson, mais au lieu de s'insérer sur le cœcum, elle s'insérait sur le grêle. Le cœcum conoïde décrivait une crosse concave en haut, concentrique à celle du grêle; l'appendice qui le terminait remontait au devant du grêle et était accolé au flanc externe du colon ascendant.

Sa pointe était enserrée dans une bride fibreuse qui rétrécissait à ce niveau le colon ascendant. Cette bride était due à un prolongement de l'épiploon sur le colon — d'ailleurs tout le bord droit de l'épiploon était soudé au flanc interne du colon ascendant.

Voici donc deux cas d'abouchement du grêle dans le flanc externe du cœcum, avec situation anormale de la dernière anse iléale.

Nulle part je n'ai retrouvé dans les traités d'anatomie ou les publications spéciales, la relation de faits analogues.

Comme curiosité anatomique, ils méritaient d'être signalés : ils viennent augmenter le nombre déjà considérable des malformations congénitales de l'appareil iléo-cœcal.

Au point de vue clinique, ils ont aussi leur intérêt, car une disposition anatomique à ce point anormale n'est pas sans retentir sur la physiologie et la pathologie de ce segment de l'intestin.

Ces deux malades présentaient le syndrome de la constipation chronique avec appendicite chronique. Et la question qui se pose est de savoir si en présence d'une telle malformation il n'y aurait pas lieu soit de reposer en bonne place ce segment intestinal, soit de le réséquer.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Titres et fonctions 5

Liste chronologique des publications 9

Travaux scientifiques 17

Tête, cou, thorax 17

Abdomen et organes génito-urinaires 34

Membres 67

Membre inférieur 92

Addendum 107

Bordeaux. — Imp. A. Saugnac & E. Drouillard, place de la Victoire, 3.